المملكة العربية السعودية
وزارة الصحـــة
صحة جازان



الرقـــــم: ٢٤٤٦٢ /م/ م ص
مستشفى الأمراض الصدرية
القيد: 1619541
التاريخ: 14-06-1437هـ 23-03-2016م
مرفقات: 98
1619541

سـعادة مـدير إدارة التجهيـزات بصـحة جـازان — المـوقر

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

إشـارة إلى تعميمكم. المبني على إيميل الشئون الصحية بخصوص الرد على احتياجات المستشفى من الأثاث وغيره
عليه مرفق لسعادتكم جميع البيانات بعد استيفاء الدراسة الفنية لاحتياج المستشفى
نأمل من سعادتكم التكرم بالإطلاع وإكمال اللازم .

ولكم فائق التحية والاحترام،،،،

مـدير مستشفى الأمراض الصـدرية بجـازان

أ .أسـامة بن محمد [illegible]

ص/ للتموين الطبي
ص/لملف التموين الطبي
ص/ لمراقبة المخزون

Kingdom of Saudi Arabia		المملكة العربية السعودية
Ministry of Health	وزارة الصحة Ministry of Health	وزارة الصحة
General Directorate of Equipment Supplies		الإدارة العامة للتجهيزات
Department of Tenders &Technical Committees		إدارة المنافسات واللجان الفنية

Medical & Non medical Device / Furniture Requisition Form (نموذج طلبات الأجهزة والأثاث)

Note : 1- This form is to be used for only one type of device.(هذه البيانات خاصة بجهاز واحد فقط)	No. :
2- The data will be reviewed and then will be advised of the result. (البيانات سوف تراجع وسيتم إبلاغكم بالقرارات والنتائج)	Date :
	Qty :
3- All Questions must be completed. (يجب الإجابة على جميع الأسئلة)	

1. Hospital / Health Facility Name (اسم المستشفى/ المنشأة الصحية) : مستشفى الامراض الصدرية

2. City (المدينة) : الحرش

3. Region (المنطقة) : حائل

4. Device Name (اسم الجهاز او البند) : مراتب مريض

5. Device Code (رقم الجهاز او البند) :

6. Purpose of Request (الغرض من الطلب):

- ✓ **New (جديد)**
- ○ **Upgrade (ترقية)**
- ○ **Replacement (احلال)**
- ○ **Others (أخرى)**
- ○ **Expansion (تمديد)**

7. Type of Device (نوع الجهاز) :

- ✓ **Capital equipment (جهاز عادي)**
- ○ **Furniture (أثاث)**
- ○ **Consumable Deal (جهاز مع مستهلكات)**
- ○ **Others (اخرى)**

8.Describe the intended clinical use of the technology / equipment (اوصف الهدف المقصود من استخدام هذه التقنية):

مراقبة مريض

---

9. Provide an evidence – based clinical justification for the use of this product. List all factors that support your request, provide documentation and literature review.

(يرجى تزويد الطلب بمبررات فعلية لاستخدام هذا الجهاز ويفضل إرفاق مستندات وبيانات عن المنتج المطلوب لدعم طلبكم له)

تم طلب شاشة مرفقة لطلب السابق

لعدم وجود صيانة منذ سنوات

10. Does the end-user have the proper credentials to use this item?

(هل العاملين على هذا الجهاز معتمدين من الجهات الرسمية لاستخدام هذا الجهاز – يرجى ارفاق أوراق الاعتماد الخاصة بهم)

- o **Yes**
- o **No**

11. How many users are going to utilize this item? Please in details. (كم عدد مستخدمي هذا الجهاز بالتفصيل)

---

12. Is the site of the requested equipment ready? (هل يوجد مكان جاهز للجهاز المطلوب)

- o Yes — If yes, state the area/ room? (اذا كانت الاجابة بنعم حدد مكان وغرفة الجهاز)
- o No

امام التمريض بالمستشفى

13.For replacement / upgrade request only (للإحلال والترقية فقط)

- o **A.** Item to be replaced/ upgraded (البند المراد احلاله أو ترقيته)

No	Equipment /Furniture Name (اسم البند)	Model / Manufacturer (الموديل والشركة الصانعة)	Serial No. (الرقم التسلسلي)
١			

- o **B.** What is the status of existing equipment and why it no longer meet your requirement? Attach a copy of Clinical Engineering Department report that justifies the replacement.

(ما هو سبب احلال او ترقية الجهاز ولماذا لا يوافق متطلباتكم – يجب ارفاق صورة من تقرير اداة الهندسة الطبية عن وضع الجهاز الحالي)

- **C.** What is the cost, age, condition and annual usage of current equipment?

  (ما هي تكلفة وعمر وحالة الجهاز المراد إحلاله أو ترقيته وما معدل الاستخدام السنوي له)

- **D.** Does the replacement / upgrade product have disposable items in stock?

  (هل يوجد مستهلكات ومستلزمات خاصة بهذا البند المطلوب في مستودعاتكم)

- Yes — If yes, list the cost and quantity? (اذكر التكلفة والكمية ان وجد)
- No — ---

  ----

14. List all efficiency that will be gained if the equipment is purchased (e.g. staff will be more efficient , procedure time will decrease) (اذكر جميع المنافع التي المرجوة من الجهاز مثل الكفاءة في الجودة والوقت)

----

15. Are consumables/ accessories needed for this equipment? (هل الجهاز يحتاج أي مستهلكات او مستلزمات)

- Yes — If yes, list the cost and quantity that will be used annually?

  (اذكر التكلفة والكمية التي سوف تستخدم سنويا)

- No — ---

  ----

16. The approval from another Committee or Department (e.g. Infection Control, Radiology Department) (يجب ارفاق موافقة او اعتماد من الإدارة المتخصصة التي يتبع لها الجهاز المطلوب)

----

17. What is the anticipated number of years the requested equipment is expected to be functional? (ما هو عدد السنين المتوقع لعمل الجهاز المطلوب بكامل فعاليته)

----

18. Will there be additional manpower, pre-installation, software systems, cost of education or additional space requirements related to the requested equipment.

(هل الجهاز المطلوب يحتاج إلى أعمال ما قبل التركيب ،انظمة وبرامج ، تدريب وتعليم أو ملحقات إضافية)

Director of Hospital / Health Facility

(مدير المستشفى / المنشأة الصحية)

Signature:

(التوقيع)

Director of Department of Equipment Supplies

(مدير التجهيزات بالمنطقة)

Signature:

(التوقيع)

Director of Health Affairs in the Region

(مدير الشؤون الصحية بالمنطقة)

Signature:

(التوقيع)

Stamp

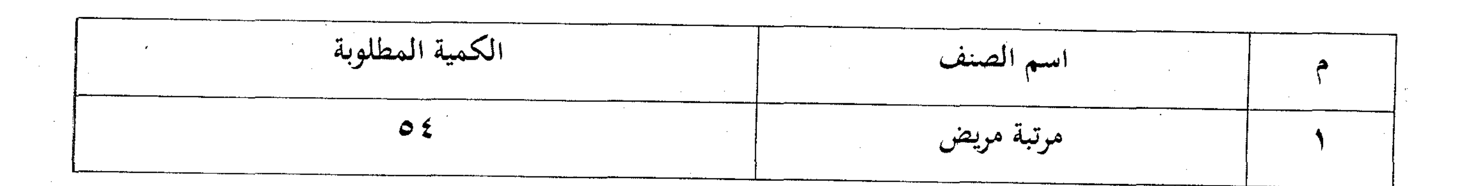
(الختم)

المملكة العربية السعودية
وزارة الصحة
صحة جازان



الرقم: ٤١٩٠٣/ م ص

مستشفى الأمراض الصدرية
القيد: 1476834
التاريخ: 1437-05-29هـ 2016-03-09م
مرفقات: 1 المرفقات



م	اسم الصنف	الكمية المطلوبة
١	مرتبة مريض	٥٤

سعــــادة مـــدير إدارة التجهيـــزات بصـــحة جـــازان المـــوقر

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

الحاقاً لخطابنا رقم ١٢٦٥٩٨٥ بتاريخ ١٤٣٧/٠٥/٠٩هـ الموجه لسعادة مساعد المدير العام للإمداد بصحة جازان بخصوص طلبنا الموضح أعلاه الخاص بمراتب المرضى ونظرا" لتهالك المراتب بالمستشفى ولعدم توفرها بمستودعات التموين الطبي لدينا منذ سبع سنوات وحاجتنا الماسة لها حيث تم الرد علينا عن طريق أيميل من مساعد المدير العام للإمداد بصحة جازان بأنه يتم طلب البند عن طريق إدارة التجهيزات بصحة جازان.

نأمل من سعادتكم التكرم بأمركم على من يلزم بتأمينها وصرفها لنا بأسرع وقت.

وتقبلوا فائق تحياتي وتقديري ،،،

مـدير مستشفى الأمـراض الصـدرية بجـازان

أ .أسـامة بن محمـد صاجبير

ص/ للتموين الطبي
ص/الملف التموين الطبي
ص/ لمراقبة المخزون
ص/ لامين العهدة

المملكة العربية السعودية
وزارة الصحة
المديرية العامة للشئون الصحية بجازان
مستشفى الأمراض الصدرية بجازان



مستشفى الأمراض الصدرية
القيد: 1265985
التاريخ: 09-05-1437هـ 18-02-2016م
مرفقات: لمرفقات صفر

م	اسم الصنف	الكمية المطلوبة
١	مرتبة مريض	٥٤

سعـــادة مساعــــد المـــدير العـــــام للإمـــداد بصـــحة جـــازان حفظــه الله

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

تجدون أعلاه طلبنا الخاص بمراتب المرضى ونظرا" لتهالك المراتب بالمستشفى ولعدم توفرها بمستودعات التموين الطبي لدينا منذ سبع سنوات ولحاجتنا الماسة لها.

نأمل من سعادتكم التكرم بأمركم على من يلزم بتأمينها وصرفها لنا بأسرع وقت.

وتقبلوا فائق تحياتي وتقديري ،،،

مــدير مستشفى الأمــراض الصــدرية بجــازان

أ .أســامة بن محمد بــاجبير

ص/ للتموين الطبي
ص/لملف التموين الطبي
ص/ لمراقبة المخزون
ص/ لامين العهدة

Kingdom of Saudi Arabia Ministry of Health General Directorate of Equipment Supplies Department of Tenders &Technical Committees	وزارة الصحة Ministry of Health	المملكة العربية السعودية وزارة الصحة الإدارة العامة للتجهيزات إدارة المنافسات واللجان الفنية

Medical & Non medical Device / Furniture Requisition Form (نموذج طلبات الأجهزة والأثاث)

Note : 1- This form is to be used for only one type of device.(هذه البيانات خاصة بجهاز واحد فقط)	**No. :**
2- The data will be reviewed and then will be advised of the result. (البيانات سوف تراجع وسيتم إبلاغكم بالقرارات والنتائج)	**Date :** **Qty :**
3- All Questions must be completed. (يجب الإجابة على جميع الأسئلة)	

1. Hospital / Health Facility Name (اسم المستشفى/ المنشأة الصحية) : مستشفى الأمراض الصدرية

2. City (المدينة) : ابوعريش

3. Region (المنطقة) : جازان

4. Device Name (اسم الجهاز او البند) : كرسي موظف

5. Device Code (رقم الجهاز او البند) :

6. Purpose of Request (الغرض من الطلب):

- ✓ **New (جديد)**
- ○ **Upgrade (ترقية)**
- ○ **Replacement (احلال)**
- ○ **Others (أخرى)**
- ○ **Expansion (تمديد)**

7. Type of Device (نوع الجهاز) :

- ✓ **Capital equipment (جهاز عادي)**
- ○ **Furniture (أثاث)**
- ○ **Consumable Deal (جهاز مع مستهلكات)**
- ○ **Others (اخرى)**

8.Describe the intended clinical use of the technology / equipment (اوصف الهدف المقصود من استخدام هذه التقنية):

كرسي [illegible]

9. Provide an evidence – based clinical justification for the use of this product. List all factors that support your request, provide documentation and literature review.

(يرجى تزويد الطلب بمبررات فعلية لاستخدام هذا الجهاز ويفضل إرفاق مستندات وبيانات عن المنتج المطلوب لدعم طلبكم له)

لعدم وجود كرسي [illegible] سنوات

10. Does the end-user have the proper credentials to use this item?

(هل العاملين على هذا الجهاز معتمدين من الجهات الرسمية لاستخدام هذا الجهاز – يرجى ارفاق أوراق الاعتماد الخاصة بهم)

- **Yes**
- **No**

11. How many users are going to utilize this item? Please in details. (كم عدد مستخدمي هذا الجهاز بالتفصيل)

12. Is the site of the requested equipment ready? (هل يوجد مكان جاهز للجهاز المطلوب)

- Yes — If yes, state the area/ room? (اذا كانت الاجابة بنعم حدد مكان وغرفة الجهاز)
- No — امام ادارة المستوى

13.For replacement / upgrade request only (للإحلال والترقية فقط)

- **A.** Item to be replaced/ upgraded (البند المراد احلاله أو ترقيته)

No	Equipment /Furniture Name (اسم البند)	Model / Manufacturer (الموديل والشركة الصانعة)	Serial No. (الرقم التسلسلي)
١			

- **B.** What is the status of existing equipment and why it no longer meet your requirement? Attach a copy of Clinical Engineering Department report that justifies the replacement.

(ما هو سبب احلال او ترقية الجهاز ولماذا لا يوافق متطلباتكم – يجب ارفاق صورة من تقرير اداة الهندسة الطبية عن وضع الجهاز الحالي)

- **C.** What is the cost, age, condition and annual usage of current equipment?

  (ما هي تكلفة وعمر وحالة الجهاز المراد إحلاله أو ترقيته وما معدل الاستخدام السنوي له)

- **D.** Does the replacement / upgrade product have disposable items in stock?

  (هل يوجد مستهلكات ومستلزمات خاصة بهذا البند المطلوب في مستودعاتكم)

- Yes — If yes, list the cost and quantity? (اذكر التكلفة والكمية ان وجد)
- No

---

14. List all efficiency that will be gained if the equipment is purchased (e.g. staff will be more efficient , procedure time will decrease) (اذكر جميع المنافع التي المرجوة من الجهاز مثل الكفاءة في الجودة والوقت)

---

15. Are consumables/ accessories needed for this equipment? (هل الجهاز يحتاج أي مستهلكات او مستلزمات)

- Yes — If yes, list the cost and quantity that will be used annually?

  (اذكر التكلفة والكمية التي سوف تستخدم سنويا)

- No

---

16. The approval from another Committee or Department (e.g. Infection Control, Radiology Department) (يجب ارفاق موافقة او اعتماد من الإدارة المتخصصة التي يتبع لها الجهاز المطلوب)

---

17. What is the anticipated number of years the requested equipment is expected to be functional? (ما هو عدد السنين المتوقع لعمل الجهاز المطلوب بكامل فعاليته)

---

18. Will there be additional manpower, pre-installation, software systems, cost of education or additional space requirements related to the requested equipment.

(هل الجهاز المطلوب يحتاج إلى أعمال ما قبل التركيب ،انظمة وبرامج ، تدريب وتعليم أو ملحقات إضافية)

Director of Hospital / Health Facility **Signature:**

(مدير المستشفى / المنشأة الصحية) **(التوقيع)**

Director of Department of Equipment Supplies **Signature:**

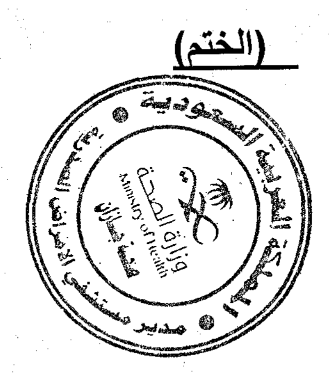
(مدير التجهيزات بالمنطقة) **(التوقيع)**

Director of Health Affairs in the Region **Signature:**

(مدير الشؤون الصحية بالمنطقة) **(التوقيع)**

Stamp

(الختم)



Kingdom of Saudi Arabia

Ministry of Health

General Directorate of Equipment Supplies

Department of Tenders &Technical Committees



المملكة العربية السعودية

وزارة الصحة

الإدارة العامة للتجهيزات

إدارة المنافسات واللجان الفنية

Medical & Non medical Device / Furniture Requisition Form (نموذج طلبات الأجهزة والأثاث)

Note : 1- This form is to be used for only one type of device.(هذه البيانات خاصة بجهاز واحد فقط)	No. :
2- The data will be reviewed and then will be advised of the result. (البيانات سوف تراجع وسيتم إبلاغكم بالقرارات والنتائج)	Date :
	Qty :
3- All Questions must be completed. (يجب الإجابة على جميع الأسئلة)	

1. Hospital / Health Facility Name (اسم المستشفى/ المنشأة الصحية) : مستشفى الأمراض الصدرية

2. City (المدينة) : ابو عريش

3. Region (المنطقة) : جازان

4. Device Name (اسم الجهاز او البند) : ثلاجة ٨ قدم عدد ٥٠

5. Device Code (رقم الجهاز او البند) :

6. Purpose of Request (الغرض من الطلب):

- ✓ **New (جديد)**
- ○ **Upgrade (ترقية)**
- ○ **Replacement (احلال)**
- ○ **Others (أخرى)**
- ○ **Expansion (تمديد)**

7. Type of Device (نوع الجهاز) :

- ✓ **Capital equipment (جهاز عادي)**
- ○ **Furniture (أثاث)**
- ○ **Consumable Deal (جهاز مع مستهلكات)**
- ○ **Others (اخرى)**

8.Describe the intended clinical use of the technology / equipment (اوصف الهدف المقصود من استخدام هذه التقنية):

تركيب عدد ٨ جهاز ضغط للدورة الدموية للراحة المريض

9. Provide an evidence – based clinical justification for the use of this product. List all factors that support your request, provide documentation and literature review.

(يرجى تزويد الطلب بمبررات فعلية لاستخدام هذا الجهاز ويفضل إرفاق مستندات وبيانات عن المنتج المطلوب لدعم طلبكم له)

عند كل سرير مريض جهاز احتياطي

10. Does the end-user have the proper credentials to use this item?

(هل العاملين على هذا الجهاز معتمدين من الجهات الرسمية لاستخدام هذا الجهاز – يرجى ارفاق أوراق الاعتماد الخاصة بهم)

- **Yes**
- **No**

11. How many users are going to utilize this item? Please in details. (كم عدد مستخدمي هذا الجهاز بالتفصيل)

12. Is the site of the requested equipment ready? (هل يوجد مكان جاهز للجهاز المطلوب)

- Yes — If yes, state the area/ room? (اذا كانت الاجابة بنعم حدد مكان وغرفة الجهاز)
- No — امام التمريض

13.For replacement / upgrade request only (للإحلال والترقية فقط)

- **A.** Item to be replaced/ upgraded (البند المراد احلاله أو ترقيته)

No	Equipment /Furniture Name (اسم البند)	Model / Manufacturer (الموديل والشركة الصانعة)	Serial No. (الرقم التسلسلي)
١			

- **B.** What is the status of existing equipment and why it no longer meet your requirement? Attach a copy of Clinical Engineering Department report that justifies the replacement.

(ما هو سبب احلال او ترقية الجهاز ولماذا لا يوافق متطلباتكم – يجب ارفاق صورة من تقرير اداة الهندسة الطبية عن وضع الجهاز الحالي)

- C. What is the cost, age, condition and annual usage of current equipment?

  (ما هي تكلفة وعمر وحالة الجهاز المراد إحلاله أو ترقيته وما معدل الاستخدام السنوي له)

- **D.** Does the replacement / upgrade product have disposable items in stock?

  (هل يوجد مستهلكات ومستلزمات خاصة بهذا البند المطلوب في مستودعاتكم)

- Yes — If yes, list the cost and quantity? (اذكر التكلفة والكمية ان وجد)
- No — ---

  ----

14. List all efficiency that will be gained if the equipment is purchased (e.g. staff will be more efficient , procedure time will decrease) (اذكر جميع المنافع التي المرجوة من الجهاز مثل الكفاءة في الجودة والوقت)

----

15. Are consumables/ accessories needed for this equipment? (هل الجهاز يحتاج أي مستهلكات او مستلزمات)

- Yes — If yes, list the cost and quantity that will be used annually?

  (اذكر التكلفة والكمية التي سوف تستخدم سنويا)
- No — ---

  ----

16. The approval from another Committee or Department (e.g. Infection Control, Radiology Department) (يجب ارفاق موافقة او اعتماد من الإدارة المتخصصة التي يتبع لها الجهاز المطلوب)

----

17. What is the anticipated number of years the requested equipment is expected to be functional? (ما هو عدد السنين المتوقع لعمل الجهاز المطلوب بكامل فعاليته)

----

18. Will there be additional manpower, pre-installation, software systems, cost of education or additional space requirements related to the requested equipment.

(هل الجهاز المطلوب يحتاج إلى أعمال ما قبل التركيب ،انظمة وبرامج ، تدريب وتعليم أو ملحقات إضافية)

Director of Hospital / Health Facility **Signature:**

(مدير المستشفى / المنشأة الصحية) **(التوقيع)**

Director of Department of Equipment Supplies **Signature:**

(مدير التجهيزات بالمنطقة) **(التوقيع)**

Director of Health Affairs in the Region **Signature:**

(مدير الشؤون الصحية بالمنطقة) **(التوقيع)**

Stamp

(الختم)

Kingdom of Saudi Arabia

Ministry of Health

General Directorate of Equipment Supplies

Department of Tenders &Technical Committees



المملكة العربية السعودية

وزارة الصحة

الإدارة العامة للتجهيزات

إدارة المنافسات واللجان الفنية

Medical & Non medical Device / Furniture Requisition Form (نموذج طلبات الأجهزة والأثاث)

Note: 1- This form is to be used for only one type of device.(هذه البيانات خاصة بجهاز واحد فقط)	No. :
2- The data will be reviewed and then will be advised of the result. (البيانات سوف تراجع وسيتم إبلاغكم بالقرارات والنتائج)	Date : Qty :
3- All Questions must be completed. (يجب الإجابة على جميع الأسئلة)	

1. Hospital / Health Facility Name (اسم المستشفى/ المنشأة الصحية) : مستشفى الامراض الصدرية

2. City (المدينة) : ابو عريش

3. Region (المنطقة) : جازان

4. Device Name (اسم الجهاز او البند) : سرير تنويم مضخيه عدد ٣٠

5. Device Code (رقم الجهاز او البند) :

6. Purpose of Request (الغرض من الطلب):

- ✓ **New (جديد)**
- ○ **Upgrade (ترقية)**
- ○ **Replacement (احلال)**
- ○ **Others (أخرى)**
- ○ **Expansion (تمديد)**

7. Type of Device (نوع الجهاز) :

- ✓ **Capital equipment (جهاز عادي)**
- ○ **Furniture (أثاث)**
- ○ **Consumable Deal (جهاز مع مستهلكات)**
- ○ **Others (اخرى)**

8.Describe the intended clinical use of the technology / equipment (اوصف الهدف المقصود من استخدام هذه التقنية):

سرير استقبال عبوات

---

9. Provide an evidence – based clinical justification for the use of this product. List all factors that support your request, provide documentation and literature review.

(يرجى تزويد الطلب بمبررات فعلية لاستخدام هذا الجهاز ويفضل إرفاق مستندات وبيانات عن المنتج المطلوب لدعم طلبكم له)

سرير استقبال عبوات باشا) للتنويم انتظار العيادات الخاصة

---

10. Does the end-user have the proper credentials to use this item?

(هل العاملين على هذا الجهاز معتمدين من الجهات الرسمية لاستخدام هذا الجهاز – يرجى ارفاق أوراق الاعتماد الخاصة بهم)

- ○ **Yes**
- ○ **No**

11. How many users are going to utilize this item? Please in details. (كم عدد مستخدمي هذا الجهاز بالتفصيل)

---

12. Is the site of the requested equipment ready? (هل يوجد مكان جاهز للجهاز المطلوب)

- ○ Yes — If yes, state the area/ room? (اذا كانت الاجابة بنعم حدد مكان وغرفة الجهاز)
- ○ No — اقسام للتنويم العيادات الخاصة

13.For replacement / upgrade request only (للإحلال والترقية فقط)

- ○ **A.** Item to be replaced/ upgraded (البند المراد احلاله أو ترقيته)

No	Equipment /Furniture Name (اسم البند)	Model / Manufacturer (الموديل والشركة الصانعة)	Serial No. (الرقم التسلسلي)
١			

- ○ **B.** What is the status of existing equipment and why it no longer meet your requirement? Attach a copy of Clinical Engineering Department report that justifies the replacement.

(ما هو سبب احلال او ترقية الجهاز ولماذا لا يوافق متطلباتكم – يجب ارفاق صورة من تقرير اداة الهندسة الطبية عن وضع الجهاز الحالي)

- C. What is the cost, age, condition and annual usage of current equipment?

  (ما هي تكلفة وعمر وحالة الجهاز المراد إحلاله أو ترقيته وما معدل الاستخدام السنوي له)

- D. Does the replacement / upgrade product have disposable items in stock?

  (هل يوجد مستهلكات ومستلزمات خاصة بهذا البند المطلوب في مستودعاتكم)

  - Yes — If yes, list the cost and quantity? (اذكر التكلفة والكمية ان وجد)
  - No

14. List all efficiency that will be gained if the equipment is purchased (e.g. staff will be more efficient, procedure time will decrease) (اذكر جميع المنافع التي المرجوة من الجهاز مثل الكفاءة في الجودة والوقت)

15. Are consumables/ accessories needed for this equipment? (هل الجهاز يحتاج أي مستهلكات او مستلزمات)

  - Yes — If yes, list the cost and quantity that will be used annually?

    (اذكر التكلفة والكمية التي سوف تستخدم سنويا)
  - No

16. The approval from another Committee or Department (e.g. Infection Control, Radiology Department) (يجب ارفاق موافقة او اعتماد من الإدارة المتخصصة التي يتبع لها الجهاز المطلوب)

17. What is the anticipated number of years the requested equipment is expected to be functional?

(ما هو عدد السنين المتوقع لعمل الجهاز المطلوب بكامل فعاليته)

18. Will there be additional manpower, pre-installation, software systems, cost of education or additional space requirements related to the requested equipment.

(هل الجهاز المطلوب يحتاج إلى أعمال ما قبل التركيب ،انظمة وبرامج ، تدريب وتعليم أو ملحقات إضافية)

Director of Hospital / Health Facility

(مدير المستشفى / المنشأة الصحية)

Signature:

(التوقيع)

وزارة الصحة
Ministry of Health

Director of Department of Equipment Supplies

(مدير التجهيزات بالمنطقة)

Signature:

(التوقيع)

Director of Health Affairs in the Region

(مدير الشؤون الصحية بالمنطقة)

Signature:

(التوقيع)

Stamp

(الختم)

Kingdom of Saudi Arabia | المملكة العربية السعودية

Ministry of Health | وزارة الصحة

General Directorate of Equipment Supplies | الإدارة العامة للتجهيزات

Department of Tenders &Technical Committees | إدارة المنافسات واللجان الفنية

وزارة الصحة
Ministry of Health

Medical & Non medical Device / Furniture Requisition Form (نموذج طلبات الأجهزة والأثاث)

Note : 1- This form is to be used for only one type of device.(هذه البيانات خاصة بجهاز واحد فقط)	No. :
2- The data will be reviewed and then will be advised of the result. (البيانات سوف تراجع وسيتم إبلاغكم بالقرارات والنتائج)	Date :
	Qty :
3- All Questions must be completed. (يجب الإجابة على جميع الأسئلة)	

1. Hospital / Health Facility Name (اسم المستشفى/ المنشأة الصحية) : مستشفى الأمراض الصدرية

2. City (المدينة) : [illegible]

3. Region (المنطقة) : حائل

4. Device Name (اسم الجهاز او البند) : [illegible]

5. Device Code (رقم الجهاز او البند) :

6. Purpose of Request (الغرض من الطلب):

- ✓ **New (جديد)**
- o **Upgrade (ترقية)**
- o **Replacement (احلال)**
- o **Others (أخرى)**
- o **Expansion (تمديد)**

7. Type of Device (نوع الجهاز) :

- o **Capital equipment (جهاز عادي)**
- o **Furniture (أثاث)**
- o **Consumable Deal (جهاز مع مستهلكات)**
- o **Others (اخرى)**

8.Describe the intended clinical use of the technology / equipment (اوصف الهدف المقصود من استخدام هذه التقنية):

مكتبا مدير ادارة

9. Provide an evidence – based clinical justification for the use of this product. List all factors that support your request, provide documentation and literature review.

(يرجى تزويد الطلب بمبررات فعلية لاستخدام هذا الجهاز ويفضل إرفاق مستندات وبيانات عن المنتج المطلوب لدعم طلبكم له)

لقدم المكاتب الموجودة بالمستشفى

10. Does the end-user have the proper credentials to use this item?

(هل العاملين على هذا الجهاز معتمدين من الجهات الرسمية لاستخدام هذا الجهاز – يرجى ارفاق أوراق الاعتماد الخاصة بهم)

- **Yes**
- **No**

11. How many users are going to utilize this item? Please in details. (كم عدد مستخدمي هذا الجهاز بالتفصيل)

12. Is the site of the requested equipment ready? (هل يوجد مكان جاهز للجهاز المطلوب)

- Yes — If yes, state the area/ room? (اذا كانت الاجابة بنعم حدد مكان وغرفة الجهاز)
- No — ادارة المستشفى

13.For replacement / upgrade request only (للإحلال والترقية فقط)

- **A.** Item to be replaced/ upgraded (البند المراد احلاله أو ترقيته)

No	Equipment /Furniture Name (اسم البند)	Model / Manufacturer (الموديل والشركة الصانعة)	Serial No. (الرقم التسلسلي)
١			

- **B.** What is the status of existing equipment and why it no longer meet your requirement? Attach a copy of Clinical Engineering Department report that justifies the replacement.

(ما هو سبب احلال او ترقية الجهاز ولماذا لا يوافق متطلباتكم – يجب ارفاق صورة من تقرير اداة الهندسة الطبية عن وضع الجهاز الحالي)

- **C.** What is the cost, age, condition and annual usage of current equipment?

(ما هي تكلفة وعمر وحالة الجهاز المراد إحلاله أو ترقيته وما معدل الاستخدام السنوي له)

- **D.** Does the replacement / upgrade product have disposable items in stock?

(هل يوجد مستهلكات ومستلزمات خاصة بهذا البند المطلوب في مستودعاتكم)

- Yes — If yes, list the cost and quantity? (اذكر التكلفة والكمية ان وجد)
- No — ---

---

14. List all efficiency that will be gained if the equipment is purchased (e.g. staff will be more efficient , procedure time will decrease) (اذكر جميع المنافع التي المرجوة من الجهاز مثل الكفاءة في الجودة والوقت)

---

15. Are consumables/ accessories needed for this equipment? (هل الجهاز يحتاج أي مستهلكات او مستلزمات)

- Yes — If yes, list the cost and quantity that will be used annually?

(اذكر التكلفة والكمية التي سوف تستخدم سنويا)

- No — ---

---

16. The approval from another Committee or Department (e.g. Infection Control, Radiology Department) (يجب ارفاق موافقة او اعتماد من الإدارة المتخصصة التي يتبع لها الجهاز المطلوب)

---

17. What is the anticipated number of years the requested equipment is expected to be functional?

(ما هو عدد السنين المتوقع لعمل الجهاز المطلوب بكامل فعاليته)

---

18. Will there be additional manpower, pre-installation, software systems, cost of education or additional space requirements related to the requested equipment.

(هل الجهاز المطلوب يحتاج إلى أعمال ما قبل التركيب ،انظمة وبرامج ، تدريب وتعليم أو ملحقات إضافية)

Director of Hospital / Health Facility

(مدير المستشفى / المنشأة الصحية)

Signature:

(التوقيع)

Director of Department of Equipment Supplies

(مدير التجهيزات بالمنطقة)

Signature:

(التوقيع)

Director of Health Affairs in the Region

(مدير الشؤون الصحية بالمنطقة)

Signature:

(التوقيع)

Stamp

(الختم)

Kingdom of Saudi Arabia | المملكة العربية السعودية

Ministry of Health | وزارة الصحة

General Directorate of Equipment Supplies | الإدارة العامة للتجهيزات

Department of Tenders & Technical Committees | إدارة المنافسات واللجان الفنية

وزارة الصحة
Ministry of Health

Medical & Non medical Device / Furniture Requisition Form (نموذج طلبات الأجهزة والأثاث)

Note : 1- This form is to be used for only one type of device.(هذه البيانات خاصة بجهاز واحد فقط)	**No. :**
2- The data will be reviewed and then will be advised of the result. (البيانات سوف تراجع وسيتم إبلاغكم بالقرارات والنتائج)	**Date :** **Qty :**
3- All Questions must be completed. (يجب الإجابة على جميع الأسئلة)	

1. Hospital / Health Facility Name (اسم المستشفى/ المنشأة الصحية) : مستشفى الدراجي العيدية

2. City (المدينة) : ابو عريش

3. Region (المنطقة) : جازان

4. Device Name (اسم الجهاز او البند) : شاشة ٤٢ بوصة عدد ٢٠

5. Device Code (رقم الجهاز او البند) :

6. Purpose of Request (الغرض من الطلب):

- ✓ **New (جديد)**
- ○ **Upgrade (ترقية)**
- ○ **Replacement (احلال)**
- ○ **Others (أخرى)**
- ○ **Expansion (تمديد)**

7. Type of Device (نوع الجهاز) :

- ✓ **Capital equipment (جهاز عادي)**
- ○ **Furniture (أثاث)**
- ○ **Consumable Deal (جهاز مع مستهلكات)**
- ○ **Others (اخرى)**

8.Describe the intended clinical use of the technology / equipment (اوصف الهدف المقصود من استخدام هذه التقنية):

لغرف المرضى المزمنين وأقسام الانتظار بالعيادات

الخارجية الطوارئ

9. Provide an evidence – based clinical justification for the use of this product. List all factors that support your request, provide documentation and literature review.

(يرجى تزويد الطلب بمبررات فعلية لاستخدام هذا الجهاز ويفضل ارفاق مستندات وبيانات عن المنتج المطلوب لدعم طلبكم له)

---

10. Does the end-user have the proper credentials to use this item?

(هل العاملين على هذا الجهاز معتمدين من الجهات الرسمية لاستخدام هذا الجهاز – يرجى ارفاق أوراق الاعتماد الخاصة بهم)

- **Yes**
- **No**

11. How many users are going to utilize this item? Please in details. (كم عدد مستخدمي هذا الجهاز بالتفصيل)

---

12. Is the site of the requested equipment ready? (هل يوجد مكان جاهز للجهاز المطلوب)

- Yes
- No

If yes, state the area/ room? (اذا كانت الاجابة بنعم حدد مكان وغرفة الجهاز)

غرف المرضى العادية وصالات الانتظار

13.For replacement / upgrade request only (للإحلال والترقية فقط)

- **A.** Item to be replaced/ upgraded (البند المراد احلاله أو ترقيته)

No	Equipment /Furniture Name (اسم البند)	Model / Manufacturer (الموديل والشركة الصانعة)	Serial No. (الرقم التسلسلي)
١			

- **B.** What is the status of existing equipment and why it no longer meet your requirement? Attach a copy of Clinical Engineering Department report that justifies the replacement.

(ما هو سبب احلال او ترقية الجهاز ولماذا لا يوافق متطلباتكم – يجب ارفاق صورة من تقرير اداة الهندسة الطبية عن وضع الجهاز الحالي)

- C. What is the cost, age, condition and annual usage of current equipment?

(ما هي تكلفة وعمر وحالة الجهاز المراد إحلاله أو ترقيته وما معدل الاستخدام السنوي له)

- D. Does the replacement / upgrade product have disposable items in stock?

(هل يوجد مستهلكات ومستلزمات خاصة بهذا البند المطلوب في مستودعاتكم)

- Yes — If yes, list the cost and quantity? (اذكر التكلفة والكمية ان وجد)
- No

---

14. List all efficiency that will be gained if the equipment is purchased (e.g. staff will be more efficient, procedure time will decrease) (اذكر جميع المنافع التي المرجوة من الجهاز مثل الكفاءة في الجودة والوقت)

---

15. Are consumables/ accessories needed for this equipment? (هل الجهاز يحتاج أي مستهلكات او مستلزمات)

- Yes — If yes, list the cost and quantity that will be used annually?

  (اذكر التكلفة والكمية التي سوف تستخدم سنويا)
- No

---

16. The approval from another Committee or Department (e.g. Infection Control, Radiology Department) (يجب ارفاق موافقة او اعتماد من الإدارة المتخصصة التي يتبع لها الجهاز المطلوب)

---

17. What is the anticipated number of years the requested equipment is expected to be functional?

(ما هو عدد السنين المتوقع لعمل الجهاز المطلوب بكامل فعاليته)

---

18. Will there be additional manpower, pre-installation, software systems, cost of education or additional space requirements related to the requested equipment.

(هل الجهاز المطلوب يحتاج إلى أعمال ما قبل التركيب ،انظمة وبرامج ، تدريب وتعليم أو ملحقات إضافية)

Director of Hospital / Health Facility **Signature:**

(مدير المستشفى / المنشأة الصحية) **(التوقيع)**

Director of Department of Equipment Supplies **Signature:**

(مدير التجهيزات بالمنطقة) **(التوقيع)**

Director of Health Affairs in the Region **Signature:**

(مدير الشؤون الصحية بالمنطقة) **(التوقيع)**

Stamp

(الختم)

وزارة الصحة
Ministry of Health
صحة جازان

Kingdom of Saudi Arabia

Ministry of Health

General Directorate of Equipment Supplies

Department of Tenders &Technical Committees



المملكة العربية السعودية

وزارة الصحة

الإدارة العامة للتجهيزات

إدارة المنافسات واللجان الفنية

Medical & Non medical Device / Furniture Requisition Form (نموذج طلبات الأجهزة والأثاث)

Note : 1- This form is to be used for only one type of device.(هذه البيانات خاصة بجهاز واحد فقط)	**No. :**
2- The data will be reviewed and then will be advised of the result. (البيانات سوف تراجع وسيتم ابلاغكم بالقرارات والنتائج)	**Date :** **Qty :**
3- All Questions must be completed. (يجب الإجابة على جميع الأسئلة)	

1. Hospital / Health Facility Name (اسم المستشفى/ المنشأة الصحية) : مستشفى الامراض الصدرية

2. City (المدينة) : ابوعريش

3. Region (المنطقة) : جازان

4. Device Name (اسم الجهاز او البند) : تلفزيون شاشة ٤٢ بوصة عدد ١٠

5. Device Code (رقم الجهاز او البند) :

6. Purpose of Request (الغرض من الطلب):

- ☑ **New (جديد)**
- ○ **Upgrade (ترقية)**
- ○ **Replacement (احلال)**
- ○ **Others (أخرى)**
- ○ **Expansion (تمديد)**

7. Type of Device (نوع الجهاز) :

- ☑ **Capital equipment (جهاز عادي)**
- ○ **Furniture (أثاث)**
- ○ **Consumable Deal (جهاز مع مستهلكات)**
- ○ **Others (اخرى)**

8.Describe the intended clinical use of the technology / equipment (اوصف الهدف المقصود من استخدام هذه التقنية):

للعرض لشاشة وكاميرات المراقبة واشارة وقاعة المحاضرات

---

9. Provide an evidence – based clinical justification for the use of this product. List all factors that support your request, provide documentation and literature review.

(يرجى تزويد الطلب بمبررات فعلية لاستخدام هذا الجهاز ويفضل إرفاق مستندات وبيانات عن المنتج المطلوب لدعم طلبكم له)

---

10. Does the end-user have the proper credentials to use this item?

(هل العاملين على هذا الجهاز معتمدين من الجهات الرسمية لاستخدام هذا الجهاز – يرجى ارفاق أوراق الاعتماد الخاصة بهم)

- **Yes**
- **No**

11. How many users are going to utilize this item? Please in details. (كم عدد مستخدمي هذا الجهاز بالتفصيل)

---

12. Is the site of the requested equipment ready? (هل يوجد مكان جاهز للجهاز المطلوب)

- Yes If yes, state the area/ room? (اذا كانت الاجابة بنعم حدد مكان وغرفة الجهاز)
- No قاعة المحاضرات للتدريس وغرفة للكاميرات المراقبة

13.For replacement / upgrade request only (للإحلال والترقية فقط)

- **A.** Item to be replaced/ upgraded (البند المراد احلاله أو ترقيته)

No	Equipment /Furniture Name (اسم البند)	Model / Manufacturer (الموديل والشركة الصانعة)	Serial No. (الرقم التسلسلي)
١			

- **B.** What is the status of existing equipment and why it no longer meet your requirement? Attach a copy of Clinical Engineering Department report that justifies the replacement.

(ما هو سبب احلال او ترقية الجهاز ولماذا لا يوافق متطلباتكم – يجب ارفاق صورة من تقرير اداة الهندسة الطبية عن وضع الجهاز الحالي)

- **C.** What is the cost, age, condition and annual usage of current equipment?

  (ما هي تكلفة وعمر وحالة الجهاز المراد إحلاله أو ترقيته وما معدل الاستخدام السنوي له)

- **D.** Does the replacement / upgrade product have disposable items in stock?

  (هل يوجد مستهلكات ومستلزمات خاصة بهذا البند المطلوب في مستودعاتكم)

- Yes — If yes, list the cost and quantity? (اذكر التكلفة والكمية ان وجد)
- No ---

---

14. List all efficiency that will be gained if the equipment is purchased (e.g. staff will be more efficient , procedure time will decrease) (اذكر جميع المنافع التي المرجوة من الجهاز مثل الكفاءة في الجودة والوقت)

---

15. Are consumables/ accessories needed for this equipment? (هل الجهاز يحتاج أي مستهلكات او مستلزمات)

- Yes — If yes, list the cost and quantity that will be used annually?

  (اذكر التكلفة والكمية التي سوف تستخدم سنويا)

- No ---

---

16. The approval from another Committee or Department (e.g. Infection Control, Radiology Department) (يجب ارفاق موافقة او اعتماد من الإدارة المتخصصة التي يتبع لها الجهاز المطلوب)

---

17. What is the anticipated number of years the requested equipment is expected to be functional?

(ما هو عدد السنين المتوقع لعمل الجهاز المطلوب بكامل فعاليته)

---

18. Will there be additional manpower, pre-installation, software systems, cost of education or additional space requirements related to the requested equipment.

(هل الجهاز المطلوب يحتاج إلى أعمال ما قبل التركيب ،انظمة وبرامج ، تدريب وتعليم أو ملحقات إضافية)

Director of Hospital / Health Facility

(مدير المستشفى / المنشأة الصحية)

Signature:

(التوقيع)

Director of Department of Equipment Supplies

(مدير التجهيزات بالمنطقة)

Signature:

(التوقيع)

Director of Health Affairs in the Region

(مدير الشؤون الصحية بالمنطقة)

Signature:

(التوقيع)

Stamp

(الختم)

وزارة الصحة

Ministry of Health

Kingdom of Saudi Arabia		المملكة العربية السعودية
Ministry of Health	وزارة الصحة Ministry of Health	وزارة الصحة
General Directorate of Equipment Supplies		الإدارة العامة للتجهيزات
Department of Tenders &Technical Committees		إدارة المنافسات واللجان الفنية

Medical & Non medical Device / Furniture Requisition Form (نموذج طلبات الأجهزة والأثاث)

Note :	
1- This form is to be used for only one type of device.(هذه البيانات خاصة بجهاز واحد فقط)	No. :
2- The data will be reviewed and then will be advised of the result. (البيانات سوف تراجع وسيتم إبلاغكم بالقرارات والنتائج)	Date :
3- All Questions must be completed. (يجب الإجابة على جميع الأسئلة)	Qty :

1. Hospital / Health Facility Name (اسم المستشفى/ المنشأة الصحية) : مستشفى الأمراض الصدرية جازان

2. City (المدينة) : ابو عريش

3. Region (المنطقة) : جازان

4. Device Name (اسم الجهاز او البند) : آلة تصوير مسطحة ٤

5. Device Code (رقم الجهاز او البند) :

6. Purpose of Request (الغرض من الطلب):

- ✓ New (جديد)
- ○ Upgrade (ترقية)
- ○ Replacement (احلال)
- ○ Others (أخرى)
- ○ Expansion (تمديد)

7. Type of Device (نوع الجهاز) :

- ✓ Capital equipment (جهاز عادي)
- ○ Furniture (أثاث)
- ○ Consumable Deal (جهاز مع مستهلكات)
- ○ Others (اخرى)

8.Describe the intended clinical use of the technology / equipment (اوصف الهدف المقصود من استخدام هذه التقنية):

للاعمال الادارية بالاقسام والادارات بالمستشفى

---

9. Provide an evidence – based clinical justification for the use of this product. List all factors that support your request, provide documentation and literature review.

(يرجى تزويد الطلب بمبررات فعلية لاستخدام هذا الجهاز ويفضل إرفاق مستندات وبيانات عن المنتج المطلوب لدعم طلبكم له)

---

10. Does the end-user have the proper credentials to use this item?

(هل العاملين على هذا الجهاز معتمدين من الجهات الرسمية لاستخدام هذا الجهاز – يرجى ارفاق أوراق الاعتماد الخاصة بهم)

- ✓ Yes
- o No

11. How many users are going to utilize this item? Please in details. (كم عدد مستخدمي هذا الجهاز بالتفصيل)

---

12. Is the site of the requested equipment ready? (هل يوجد مكان جاهز للجهاز المطلوب)

- o Yes
- o No

If yes, state the area/ room? (اذا كانت الاجابة بنعم حدد مكان وغرفة الجهاز)

اقسام وادارات المستشفى

13.For replacement / upgrade request only (للإحلال والترقية فقط)

- o **A.** Item to be replaced/ upgraded (البند المراد احلاله أو ترقيته)

No	Equipment /Furniture Name (اسم البند)	Model / Manufacturer (الموديل والشركة الصانعة)	Serial No. (الرقم التسلسلي)
١			

- o **B.** What is the status of existing equipment and why it no longer meet your requirement? Attach a copy of Clinical Engineering Department report that justifies the replacement.

(ما هو سبب احلال او ترقية الجهاز ولماذا لا يوافق متطلباتكم – يجب ارفاق صورة من تقرير اداة الهندسة الطبية عن وضع الجهاز الحالي)

- **C.** What is the cost, age, condition and annual usage of current equipment?

  (ما هي تكلفة وعمر وحالة الجهاز المراد إحلاله أو ترقيته وما معدل الاستخدام السنوي له)

- **D.** Does the replacement / upgrade product have disposable items in stock?

  (هل يوجد مستهلكات ومستلزمات خاصة بهذا البند المطلوب في مستودعاتكم)

- Yes — If yes, list the cost and quantity? (اذكر التكلفة والكمية ان وجد)
- No — ---

---

14. List all efficiency that will be gained if the equipment is purchased (e.g. staff will be more efficient, procedure time will decrease) (اذكر جميع المنافع التي المرجوة من الجهاز مثل الكفاءة في الجودة والوقت)

---

15. Are consumables/ accessories needed for this equipment? (هل الجهاز يحتاج أي مستهلكات او مستلزمات)

- Yes — If yes, list the cost and quantity that will be used annually?

  (اذكر التكلفة والكمية التي سوف تستخدم سنويا)
- No — ---

---

16. The approval from another Committee or Department (e.g. Infection Control, Radiology Department) (يجب ارفاق موافقة او اعتماد من الإدارة المتخصصة التي يتبع لها الجهاز المطلوب)

---

17. What is the anticipated number of years the requested equipment is expected to be functional? (ما هو عدد السنين المتوقع لعمل الجهاز المطلوب بكامل فعاليته)

---

18. Will there be additional manpower, pre-installation, software systems, cost of education or additional space requirements related to the requested equipment.

(هل الجهاز المطلوب يحتاج إلى أعمال ما قبل التركيب ،انظمة وبرامج ، تدريب وتعليم أو ملحقات إضافية)

Director of Hospital / Health Facility — **Signature:**

(مدير المستشفى / المنشأة الصحية) — **(التوقيع)**

Director of Department of Equipment Supplies — **Signature:**

(مدير التجهيزات بالمنطقة) — **(التوقيع)**

Director of Health Affairs in the Region — **Signature:**

(مدير الشؤون الصحية بالمنطقة) — **(التوقيع)**

Stamp

(الختم)

Kingdom of Saudi Arabia
Ministry of Health
General Directorate of Equipment Supplies
Department of Tenders &Technical Committees

وزارة الصحة
Ministry of Health

المملكة العربية السعودية
وزارة الصحة
الإدارة العامة للتجهيزات
إدارة المنافسات واللجان الفنية

Medical & Non medical Device / Furniture Requisition Form (نموذج طلبات الأجهزة والأثاث)

Note : 1- This form is to be used for only one type of device.(هذه البيانات خاصة بجهاز واحد فقط)	No. :
2- The data will be reviewed and then will be advised of the result. (البيانات سوف تراجع وسيتم إبلاغكم بالقرارات والنتائج)	Date :
	Qty :
3- All Questions must be completed. (يجب الإجابة على جميع الأسئلة)	

1. Hospital / Health Facility Name (اسم المستشفى/ المنشأة الصحية) : مستشفى الامراض الصدرية بجازان

2. City (المدينة) : ابو عريش

3. Region (المنطقة) : جازان

4. Device Name (اسم الجهاز او البند) : جهاز شفط سوائل عدد ٥

5. Device Code (رقم الجهاز او البند) :

6. Purpose of Request (الغرض من الطلب):

- ☑ **New (جديد)**
- ○ **Upgrade (ترقية)**
- ○ **Replacement (احلال)**
- ○ **Others (أخرى)**
- ○ **Expansion (تمديد)**

7. Type of Device (نوع الجهاز) :

- ☑ **Capital equipment (جهاز عادي)**
- ○ **Furniture (أثاث)**
- ○ **Consumable Deal (جهاز مع مستهلكات)**
- ○ **Others (اخرى)**

8.Describe the intended clinical use of the technology / equipment (اوصف الهدف المقصود من استخدام هذه التقنية):

تشفيط السوائل للصدر للمرضى الخاضعين للمنفس
والمرضى

9. Provide an evidence – based clinical justification for the use of this product. List all factors that support your request, provide documentation and literature review.

(يرجى تزويد الطلب بمبررات فعلية لاستخدام هذا الجهاز ويفضل إرفاق مستندات وبيانات عن المنتج المطلوب لدعم طلبكم له)

لعدم وجود الجهاز المتنقل للحوادث الصدرية

10. Does the end-user have the proper credentials to use this item?

(هل العاملين على هذا الجهاز معتمدين من الجهات الرسمية لاستخدام هذا الجهاز – يرجى ارفاق أوراق الاعتماد الخاصة بهم)

☑ Yes ○ No

11. How many users are going to utilize this item? Please in details. (كم عدد مستخدمي هذا الجهاز بالتفصيل)

اقسام التنويم المرضى

12. Is the site of the requested equipment ready? (هل يوجد مكان جاهز للجهاز المطلوب)

☑ Yes If yes, state the area/ room? (اذا كانت الاجابة بنعم حدد مكان وغرفة الجهاز)

○ No اقسام التنويم الطوارئ

13.For replacement / upgrade request only (للإحلال والترقية فقط)

○ **A.** Item to be replaced/ upgraded (البند المراد احلاله أو ترقيته)

No	Equipment /Furniture Name (اسم البند)	Model / Manufacturer (الموديل والشركة الصانعة)	Serial No. (الرقم التسلسلي)
١			

○ **B.** What is the status of existing equipment and why it no longer meet your requirement? Attach a copy of Clinical Engineering Department report that justifies the replacement.

(ما هو سبب احلال او ترقية الجهاز ولماذا لا يوافق متطلباتكم – يجب ارفاق صورة من تقرير اداة الهندسة الطبية عن وضع الجهاز الحالي)

- **C.** What is the cost, age, condition and annual usage of current equipment?

  (ما هي تكلفة وعمر وحالة الجهاز المراد إحلاله أو ترقيته وما معدل الاستخدام السنوي له)

- **D.** Does the replacement / upgrade product have disposable items in stock?

  (هل يوجد مستهلكات ومستلزمات خاصة بهذا البند المطلوب في مستودعاتكم)

- Yes   If yes, list the cost and quantity? (اذكر التكلفة والكمية ان وجد)
- No   ---

  ---

14. List all efficiency that will be gained if the equipment is purchased (e.g. staff will be more efficient, procedure time will decrease) (اذكر جميع المنافع التي المرجوة من الجهاز مثل الكفاءة في الجودة والوقت)

---

15. Are consumables/ accessories needed for this equipment? (هل الجهاز يحتاج أي مستهلكات او مستلزمات)

- Yes   If yes, list the cost and quantity that will be used annually?

  (اذكر التكلفة والكمية التي سوف تستخدم سنويا)

- No   ---

  ---

16. The approval from another Committee or Department (e.g. Infection Control, Radiology Department) (يجب ارفاق موافقة او اعتماد من الإدارة المتخصصة التي يتبع لها الجهاز المطلوب)

---

17. What is the anticipated number of years the requested equipment is expected to be functional? (ما هو عدد السنين المتوقع لعمل الجهاز المطلوب بكامل فعاليته)

---

18. Will there be additional manpower, pre-installation, software systems, cost of education or additional space requirements related to the requested equipment.

(هل الجهاز المطلوب يحتاج إلى أعمال ما قبل التركيب ،انظمة وبرامج ، تدريب وتعليم أو ملحقات إضافية)

Director of Hospital / Health Facility **Signature:**

(مدير المستشفى / المنشأة الصحية) **(التوقيع)**

Director of Department of Equipment Supplies **Signature:**

(مدير التجهيزات بالمنطقة) **(التوقيع)**

Director of Health Affairs in the Region **Signature:**

(مدير الشؤون الصحية بالمنطقة) **(التوقيع)**

Stamp

(الختم)

Kingdom of Saudi Arabia | المملكة العربية السعودية

Ministry of Health | وزارة الصحة

General Directorate of Equipment Supplies | الإدارة العامة للتجهيزات

Department of Tenders &Technical Committees | إدارة المنافسات واللجان الفنية



Medical & Non medical Device / Furniture Requisition Form (نموذج طلبات الأجهزة والأثاث)

Note : 1- This form is to be used for only one type of device.(هذه البيانات خاصة بجهاز واحد فقط)	**No. :**
2- The data will be reviewed and then will be advised of the result. (البيانات سوف تراجع وسيتم إبلاغكم بالقرارات والنتائج)	**Date :** **Qty :**
3- All Questions must be completed. (يجب الإجابة على جميع الأسئلة)	

1. Hospital / Health Facility Name (اسم المستشفى/ المنشأة الصحية) : مستشفى الامراض الصدرية بجازان

2. City (المدينة) : ابو عريش

3. Region (المنطقة) : جازان

4. Device Name (اسم الجهاز او البند) : جهاز مقياس ضغط الدم الكتروني عدد

5. Device Code (رقم الجهاز او البند) :

6. Purpose of Request (الغرض من الطلب):

- ✓ **New (جديد)**
- ○ **Upgrade (ترقية)**
- ○ **Replacement (احلال)**
- ○ **Others (أخرى)**
- ○ **Expansion (تمديد)**

7. Type of Device (نوع الجهاز) :

- ✓ **Capital equipment (جهاز عادي)**
- ○ **Furniture (أثاث)**
- ○ **Consumable Deal (جهاز مع مستهلكات)**
- ○ **Others (اخرى)**

8.Describe the intended clinical use of the technology / equipment (اوصف الهدف المقصود من استخدام هذه التقنية):

مقاييس ضغط الدم للمرضى المنومين والمراجعين

9. Provide an evidence – based clinical justification for the use of this product. List all factors that support your request, provide documentation and literature review.

(يرجى تزويد الطلب بمبررات فعلية لاستخدام هذا الجهاز ويفضل إرفاق مستندات وبيانات عن المنتج المطلوب لدعم طلبكم له)

لعدم وجود جهاز ثابت بالتنويم والعيادات الطوارئ

10. Does the end-user have the proper credentials to use this item?

(هل العاملين على هذا الجهاز معتمدين من الجهات الرسمية لاستخدام هذا الجهاز – يرجى ارفاق أوراق الاعتماد الخاصة بهم)

- o **Yes**
- o **No**

11. How many users are going to utilize this item? Please in details. (كم عدد مستخدمي هذا الجهاز بالتفصيل)

المريض

12. Is the site of the requested equipment ready? (هل يوجد مكان جاهز للجهاز المطلوب)

- o Yes — If yes, state the area/ room? (اذا كانت الاجابة بنعم حدد مكان وغرفة الجهاز)
  أقسام التنويم العيادات الخاصة الطوارئ
- o No

13.For replacement / upgrade request only (للإحلال والترقية فقط)

- o **A.** Item to be replaced/ upgraded (البند المراد احلاله أو ترقيته)

No	Equipment /Furniture Name (اسم البند)	Model / Manufacturer (الموديل والشركة الصانعة)	Serial No. (الرقم التسلسلي)
١			

- o **B.** What is the status of existing equipment and why it no longer meet your requirement? Attach a copy of Clinical Engineering Department report that justifies the replacement.

(ما هو سبب احلال او ترقية الجهاز ولماذا لا يوافق متطلباتكم – يجب ارفاق صورة من تقرير ادارة الهندسة الطبية عن وضع الجهاز الحالي)

- **C.** What is the cost, age, condition and annual usage of current equipment?

  (ما هي تكلفة وعمر وحالة الجهاز المراد إحلاله او ترقيته وما معدل الاستخدام السنوي له)

- **D.** Does the replacement / upgrade product have disposable items in stock?

  (هل يوجد مستهلكات ومستلزمات خاصة بهذا البند المطلوب في مستودعاتكم)

- Yes If yes, list the cost and quantity? (اذكر التكلفة والكمية ان وجد)
- No --

----

14. List all efficiency that will be gained if the equipment is purchased (e.g. staff will be more efficient, procedure time will decrease) (اذكر جميع المنافع التي المرجوة من الجهاز مثل الكفاءة في الجودة والوقت)

----

15. Are consumables/ accessories needed for this equipment? (هل الجهاز يحتاج أي مستهلكات او مستلزمات)

- Yes If yes, list the cost and quantity that will be used annually?

  (اذكر التكلفة والكمية التي سوف تستخدم سنويا)

- No --

----

16. The approval from another Committee or Department (e.g. Infection Control, Radiology Department) (يجب ارفاق موافقة او اعتماد من الإدارة المتخصصة التي يتبع لها الجهاز المطلوب)

----

17. What is the anticipated number of years the requested equipment is expected to be functional? (ما هو عدد السنين المتوقع لعمل الجهاز المطلوب بكامل فعاليته)

----

18. Will there be additional manpower, pre-installation, software systems, cost of education or additional space requirements related to the requested equipment.

(هل الجهاز المطلوب يحتاج إلى أعمال ما قبل التركيب ،انظمة وبرامج ، تدريب وتعليم أو ملحقات إضافية)

Director of Hospital / Health Facility

(مدير المستشفى / المنشأة الصحية)

Signature:

(التوقيع)

Director of Department of Equipment Supplies

(مدير التجهيزات بالمنطقة)

Signature:

(التوقيع)

Director of Health Affairs in the Region

(مدير الشؤون الصحية بالمنطقة)

Signature:

(التوقيع)

Stamp

(الختم)

Kingdom of Saudi Arabia

Ministry of Health

General Directorate of Equipment Supplies

Department of Tenders &Technical Committees



المملكة العربية السعودية

وزارة الصحة

الإدارة العامة للتجهيزات

إدارة المنافسات واللجان الفنية

Medical & Non medical Device / Furniture Requisition Form (نموذج طلبات الأجهزة والأثاث)

Note : 1- This form is to be used for only one type of device.(هذه البيانات خاصة بجهاز واحد فقط)	**No. :**
2- The data will be reviewed and then will be advised of the result. (البيانات سوف تراجع وسيتم إبلاغكم بالقرارات والنتائج)	**Date :** **Qty :**
3- All Questions must be completed. (يجب الإجابة على جميع الأسئلة)	

1. Hospital / Health Facility Name (اسم المستشفى/ المنشأة الصحية) : مستشفى الامراض الصدرية بجازان

2. City (المدينة) : ابو عريش

3. Region (المنطقة) : جازان

4. Device Name (اسم الجهاز او البند) : جهاز كاشف عن جرثومة السل عن طريق الفحص المجهري

5. Device Code (رقم الجهاز او البند) : عدد ١

6. Purpose of Request (الغرض من الطلب):

- [x] **New (جديد)**
- [ ] **Upgrade (ترقية)**
- [ ] **Replacement (احلال)**
- [ ] **Others (أخرى)**
- [ ] **Expansion (تمديد)**

7. Type of Device (نوع الجهاز) :

- [x] **Capital equipment (جهاز عادي)**
- [ ] **Furniture (أثاث)**
- [ ] **Consumable Deal (جهاز مع مستهلكات)**
- [ ] **Others (اخرى)**

8.Describe the intended clinical use of the technology / equipment (اوصف الهدف المقصود من استخدام هذه التقنية):

مستشفى عزل وخاص لعلاج امراض السل الرئوي

والامراض الصدرية

9. Provide an evidence – based clinical justification for the use of this product. List all factors that support your request, provide documentation and literature review.

(يرجى تزويد الطلب بمبررات فعلية لاستخدام هذا الجهاز ويفضل إرفاق مستندات وبيانات عن المنتج المطلوب لدعم طلبكم له)

لا بد من وجود الجهاز في المستشفى

10. Does the end-user have the proper credentials to use this item?

(هل العاملين على هذا الجهاز معتمدين من الجهات الرسمية لاستخدام هذا الجهاز – يرجى ارفاق أوراق الاعتماد الخاصة بهم)

☑ Yes ○ No

11. How many users are going to utilize this item? Please in details. (كم عدد مستخدمي هذا الجهاز بالتفصيل)

حسب الجنيد

12. Is the site of the requested equipment ready? (هل يوجد مكان جاهز للجهاز المطلوب)

☑ Yes If yes, state the area/ room? (اذا كانت الاجابة بنعم حدد مكان وغرفة الجهاز)

○ No الجنيد

13.For replacement / upgrade request only (للإحلال والترقية فقط)

○ **A.** Item to be replaced/ upgraded (البند المراد احلاله أو ترقيته)

No	Equipment /Furniture Name (اسم البند)	Model / Manufacturer (الموديل والشركة الصانعة)	Serial No. (الرقم التسلسلي)
١			

○ **B.** What is the status of existing equipment and why it no longer meet your requirement? Attach a copy of Clinical Engineering Department report that justifies the replacement.

(ما هو سبب احلال او ترقية الجهاز ولماذا لا يوافق متطلباتكم – يجب ارفاق صورة من تقرير اداة الهندسة الطبية عن وضع الجهاز الحالي)

- C. What is the cost, age, condition and annual usage of current equipment?

(ما هي تكلفة وعمر وحالة الجهاز المراد إحلاله أو ترقيته وما معدل الاستخدام السنوي له)

- D. Does the replacement / upgrade product have disposable items in stock?

(هل يوجد مستهلكات ومستلزمات خاصة بهذا البند المطلوب في مستودعاتكم)

- Yes — If yes, list the cost and quantity? (اذكر التكلفة والكمية ان وجد)
- No

14. List all efficiency that will be gained if the equipment is purchased (e.g. staff will be more efficient, procedure time will decrease) (اذكر جميع المنافع التي المرجوة من الجهاز مثل الكفاءة في الجودة والوقت)

15. Are consumables/ accessories needed for this equipment? (هل الجهاز يحتاج أي مستهلكات او مستلزمات)

- Yes — If yes, list the cost and quantity that will be used annually?

  (اذكر التكلفة والكمية التي سوف تستخدم سنويا)
- No

16. The approval from another Committee or Department (e.g. Infection Control, Radiology Department) (يجب ارفاق موافقة او اعتماد من الإدارة المتخصصة التي يتبع لها الجهاز المطلوب)

17. What is the anticipated number of years the requested equipment is expected to be functional?

(ما هو عدد السنين المتوقع لعمل الجهاز المطلوب بكامل فعاليته)

18. Will there be additional manpower, pre-installation, software systems, cost of education or additional space requirements related to the requested equipment.

(هل الجهاز المطلوب يحتاج إلى أعمال ما قبل التركيب ،انظمة وبرامج ، تدريب وتعليم أو ملحقات إضافية)

Director of Hospital / Health Facility | **Signature:**

(مدير المستشفى / المنشأة الصحية) | **(التوقيع)**

وزارة الصحة
Ministry of Health

Director of Department of Equipment Supplies | **Signature:**

(مدير التجهيزات بالمنطقة) | **(التوقيع)**

Director of Health Affairs in the Region | **Signature:**

(مدير الشؤون الصحية بالمنطقة) | **(التوقيع)**

Stamp

(الختم)

Kingdom of Saudi Arabia   المملكة العربية السعودية

Ministry of Health   وزارة الصحة

General Directorate of Equipment Supplies   الإدارة العامة للتجهيزات

Department of Tenders &Technical Committees   إدارة المنافسات واللجان الفنية

وزارة الصحة
Ministry of Health

Medical & Non medical Device / Furniture Requisition Form (نموذج طلبات الأجهزة والأثاث)

Note : 1- This form is to be used for only one type of device.(هذه البيانات خاصة بجهاز واحد فقط)	No. :
2- The data will be reviewed and then will be advised of the result. (البيانات سوف تراجع وسيتم إبلاغكم بالقرارات والنتائج)	Date : Qty :
3- All Questions must be completed. (يجب الإجابة على جميع الأسئلة)	

1. Hospital / Health Facility Name (اسم المستشفى/ المنشأة الصحية) : مستشفى الأمراض الصدرية بجازان

2. City (المدينة) : أبو عريش

3. Region (المنطقة) : جازان

4. Device Name (اسم الجهاز او البند) : ميزان بشري مع مقياس للطول إلكتروني

5. Device Code (رقم الجهاز او البند) : عدد ١٠

6. Purpose of Request (الغرض من الطلب):

- ✓ **New (جديد)**
- ○ **Upgrade (ترقية)**
- ○ **Replacement (احلال)**
- ○ **Others (أخرى)**
- ○ **Expansion (تمديد)**

7. Type of Device (نوع الجهاز) :

- ✓ **Capital equipment (جهاز عادي)**
- ○ **Furniture (أثاث)**
- ○ **Consumable Deal (جهاز مع مستهلكات)**
- ○ **Others (اخرى)**

8.Describe the intended clinical use of the technology / equipment (اوصف الهدف المقصود من استخدام هذه التقنية):

قياس وزن طول المرضى المنومين المراجعين

---

9. Provide an evidence – based clinical justification for the use of this product. List all factors that support your request, provide documentation and literature review.

(يرجى تزويد الطلب بمبررات فعلية لاستخدام هذا الجهاز ويفضل إرفاق مستندات وبيانات عن المنتج المطلوب لدعم طلبكم له)

لابد من وجود الاجهزة في قسم التنويم لعيادات الطوارئ

---

10. Does the end-user have the proper credentials to use this item?

(هل العاملين على هذا الجهاز معتمدين من الجهات الرسمية لاستخدام هذا الجهاز – يرجى ارفاق أوراق الاعتماد الخاصة بهم)

- ✓ Yes
- o No

11. How many users are going to utilize this item? Please in details. (كم عدد مستخدمي هذا الجهاز بالتفصيل)

---

12. Is the site of the requested equipment ready? (هل يوجد مكان جاهز للجهاز المطلوب)

- o Yes
- o No

If yes, state the area/ room? (اذا كانت الاجابة بنعم حدد مكان وغرفة الجهاز)

اقسام التنويم لعيادات في الصحه

13.For replacement / upgrade request only (للإحلال والترقية فقط)

o **A.** Item to be replaced/ upgraded (البند المراد احلاله أو ترقيته)

No	Equipment /Furniture Name (اسم البند)	Model / Manufacturer (الموديل والشركة الصانعة)	Serial No. (الرقم التسلسلي)
١			

o **B.** What is the status of existing equipment and why it no longer meet your requirement? Attach a copy of Clinical Engineering Department report that justifies the replacement.

(ما هو سبب احلال او ترقية الجهاز ولماذا لا يوافق متطلباتكم – يجب ارفاق صورة من تقرير اداة الهندسة الطبية عن وضع الجهاز الحالي)

- **C.** What is the cost, age, condition and annual usage of current equipment?

  (ما هي تكلفة وعمر وحالة الجهاز المراد إحلاله أو ترقيته وما معدل الاستخدام السنوي له)

- **D.** Does the replacement / upgrade product have disposable items in stock?

  (هل يوجد مستهلكات ومستلزمات خاصة بهذا البند المطلوب في مستودعاتكم)

- Yes If yes, list the cost and quantity? (اذكر التكلفة والكمية ان وجد)
- No --

  ----

14. List all efficiency that will be gained if the equipment is purchased (e.g. staff will be more efficient, procedure time will decrease) (اذكر جميع المنافع التي المرجوة من الجهاز مثل الكفاءة في الجودة والوقت)

----

15. Are consumables/ accessories needed for this equipment? (هل الجهاز يحتاج أي مستهلكات او مستلزمات)

- Yes If yes, list the cost and quantity that will be used annually?

  (اذكر التكلفة والكمية التي سوف تستخدم سنويا)

- No --

  ----

16. The approval from another Committee or Department (e.g. Infection Control, Radiology Department) (يجب ارفاق موافقة او اعتماد من الإدارة المتخصصة التي يتبع لها الجهاز المطلوب)

----

17. What is the anticipated number of years the requested equipment is expected to be functional? (ما هو عدد السنين المتوقع لعمل الجهاز المطلوب بكامل فعاليته)

----

18. Will there be additional manpower, pre-installation, software systems, cost of education or additional space requirements related to the requested equipment.

(هل الجهاز المطلوب يحتاج إلى أعمال ما قبل التركيب ،انظمة وبرامج ، تدريب وتعليم أو ملحقات إضافية)

Director of Hospital / Health Facility **Signature:**

(مدير المستشفى / المنشأة الصحية) **(التوقيع)**

Director of Department of Equipment Supplies **Signature:**

(مدير التجهيزات بالمنطقة) **(التوقيع)**

Director of Health Affairs in the Region **Signature:**

(مدير الشؤون الصحية بالمنطقة) **(التوقيع)**

Stamp

(الختم)

Kingdom of Saudi Arabia		المملكة العربية السعودية
Ministry of Health	وزارة الصحة Ministry of Health	وزارة الصحة
General Directorate of Equipment Supplies		الإدارة العامة للتجهيزات
Department of Tenders &Technical Committees		إدارة المنافسات واللجان الفنية

Medical & Non medical Device / Furniture Requisition Form (نموذج طلبات الأجهزة والأثاث)

Note : 1- This form is to be used for only one type of device.(هذه البيانات خاصة بجهاز واحد فقط)	**No. :**
2- The data will be reviewed and then will be advised of the result. (البيانات سوف تراجع وسيتم إبلاغكم بالقرارات والنتائج)	**Date :** **Qty :**
3- All Questions must be completed. (يجب الإجابة على جميع الأسئلة)	

1. Hospital / Health Facility Name (اسم المستشفى/ المنشأة الصحية) : مستشفى للامراض الصدرية بجازان

2. City (المدينة) : جازان

3. Region (المنطقة) : جازان

4. Device Name (اسم الجهاز او البند) : جهاز قياس لهرمونات عدد ١

5. Device Code (رقم الجهاز او البند) :

6. Purpose of Request (الغرض من الطلب):

- ✓ **New (جديد)**
- ○ **Upgrade (ترقية)**
- ○ **Replacement (احلال)**
- ○ **Others (أخرى)**
- ○ **Expansion (تمديد)**

7. Type of Device (نوع الجهاز) :

- ○ **Capital equipment (جهاز عادي)**
- ○ **Furniture (أثاث)**
- ✓ **Consumable Deal (جهاز مع مستهلكات)**
- ○ **Others (اخرى)**

8.Describe the intended clinical use of the technology / equipment (اوصف الهدف المقصود من استخدام هذه التقنية):

قياس نسبة الهرمونات

9. Provide an evidence – based clinical justification for the use of this product. List all factors that support your request, provide documentation and literature review.

(يرجى تزويد الطلب بمبررات فعلية لاستخدام هذا الجهاز ويفضل إرفاق مستندات وبيانات عن المنتج المطلوب لدعم طلبكم له)

مستشفى عزل وتوفير فحص نسبة الهرمونات

10. Does the end-user have the proper credentials to use this item?

(هل العاملين على هذا الجهاز معتمدين من الجهات الرسمية لاستخدام هذا الجهاز – يرجى ارفاق أوراق الاعتماد الخاصة بهم)

☑ **Yes** ○ **No**

11. How many users are going to utilize this item? Please in details. (كم عدد مستخدمي هذا الجهاز بالتفصيل)

لا فنيين يحتاجون إلى تدريب

12. Is the site of the requested equipment ready? (هل يوجد مكان جاهز للجهاز المطلوب)

- ○ Yes If yes, state the area/ room? (اذا كانت الاجابة بنعم حدد مكان وغرفة الجهاز)
- ○ No

13.For replacement / upgrade request only (للإحلال والترقية فقط)

○ **A.** Item to be replaced/ upgraded (البند المراد احلاله أو ترقيته)

No	Equipment /Furniture Name (اسم البند)	Model / Manufacturer (الموديل والشركة الصانعة)	Serial No. (الرقم التسلسلي)
١			

○ **B.** What is the status of existing equipment and why it no longer meet your requirement? Attach a copy of Clinical Engineering Department report that justifies the replacement.

(ما هو سبب احلال او ترقية الجهاز ولماذا لا يوافق متطلباتكم – يجب ارفاق صورة من تقرير اداة الهندسة الطبية عن وضع الجهاز الحالي)

- **C.** What is the cost, age, condition and annual usage of current equipment?

  (ما هي تكلفة وعمر وحالة الجهاز المراد إحلاله أو ترقيته وما معدل الاستخدام السنوي له)

- **D.** Does the replacement / upgrade product have disposable items in stock?

  (هل يوجد مستهلكات ومستلزمات خاصة بهذا البند المطلوب في مستودعاتكم)

  - Yes — If yes, list the cost and quantity? (اذكر التكلفة والكمية ان وجد)
  - No — --

  ----

14. List all efficiency that will be gained if the equipment is purchased (e.g. staff will be more efficient , procedure time will decrease) (اذكر جميع المنافع التي المرجوة من الجهاز مثل الكفاءة في الجودة والوقت)

----

15. Are consumables/ accessories needed for this equipment? (هل الجهاز يحتاج أي مستهلكات او مستلزمات)

- Yes — If yes, list the cost and quantity that will be used annually?

  (اذكر التكلفة والكمية التي سوف تستخدم سنويا)

- No — --

  ----

16. The approval from another Committee or Department (e.g. Infection Control, Radiology Department) (يجب ارفاق موافقة او اعتماد من الإدارة المتخصصة التي يتبع لها الجهاز المطلوب)

----

17. What is the anticipated number of years the requested equipment is expected to be functional? (ما هو عدد السنين المتوقع لعمل الجهاز المطلوب بكامل فعاليته)

----

18. Will there be additional manpower, pre-installation, software systems, cost of education or additional space requirements related to the requested equipment.

(هل الجهاز المطلوب يحتاج إلى أعمال ما قبل التركيب ،انظمة وبرامج ، تدريب وتعليم أو ملحقات إضافية)

Director of Hospital / Health Facility Signature:

(مدير المستشفى / المنشأة الصحية) (التوقيع)

Director of Department of Equipment Supplies Signature:

(مدير التجهيزات بالمنطقة) (التوقيع)

Director of Health Affairs in the Region Signature:

(مدير الشؤون الصحية بالمنطقة) (التوقيع)

Stamp

(الختم)

Kingdom of Saudi Arabia | المملكة العربية السعودية
Ministry of Health | وزارة الصحة
General Directorate of Equipment Supplies | الإدارة العامة للتجهيزات
Department of Tenders &Technical Committees | إدارة المنافسات واللجان الفنية



Medical & Non medical Device / Furniture Requisition Form (نموذج طلبات الأجهزة والأثاث)

Note:	No. :
1- This form is to be used for only one type of device.(هذه البيانات خاصة بجهاز واحد فقط)	
2- The data will be reviewed and then will be advised of the result. (البيانات سوف تراجع وسيتم إبلاغكم بالقرارات والنتائج)	Date :
	Qty :
3- All Questions must be completed. (يجب الإجابة على جميع الأسئلة)	

1. Hospital / Health Facility Name (اسم المستشفى/ المنشأة الصحية) : مستشفى الامراض الصدرية بجازان

2. City (المدينة) :

3. Region (المنطقة) :

4. Device Name (اسم الجهاز او البند) : جهاز فحص عينات البلغم عدد ١

5. Device Code (رقم الجهاز او البند) :

6. Purpose of Request (الغرض من الطلب):

- ✓ **New (جديد)**
- ○ **Upgrade (ترقية)**
- ○ **Replacement (احلال)**
- ○ **Others (أخرى)**
- ○ **Expansion (تمديد)**

7. Type of Device (نوع الجهاز) :

- ✓ **Capital equipment (جهاز عادي)**
- ○ **Furniture (أثاث)**
- ○ **Consumable Deal (جهاز مع مستهلكات)**
- ○ **Others (اخرى)**

8.Describe the intended clinical use of the technology / equipment (اوصف الهدف المقصود من استخدام هذه التقنية):

مرضى عمليات لنظام المرضى لسل الرئوي

9. Provide an evidence – based clinical justification for the use of this product. List all factors that support your request, provide documentation and literature review.

(يرجى تزويد الطلب بمبررات فعلية لاستخدام هذا الجهاز ويفضل إرفاق مستندات وبيانات عن المنتج المطلوب لدعم طلبكم له)

مستشفى عزل ويحتاج حماية للجميع

10. Does the end-user have the proper credentials to use this item?

(هل العاملين على هذا الجهاز معتمدين من الجهات الرسمية لاستخدام هذا الجهاز – يرجى ارفاق أوراق الاعتماد الخاصة بهم)

- ☑ Yes
- ○ No

11. How many users are going to utilize this item? Please in details. (كم عدد مستخدمي هذا الجهاز بالتفصيل)

لا شيء

12. Is the site of the requested equipment ready? (هل يوجد مكان جاهز للجهاز المطلوب)

- ○ Yes — If yes, state the area/ room? (اذا كانت الاجابة بنعم حدد مكان وغرفة الجهاز)
- ○ No

المخيم

13.For replacement / upgrade request only (للإحلال والترقية فقط)

- ○ **A.** Item to be replaced/ upgraded (البند المراد احلاله أو ترقيته)

No	Equipment /Furniture Name (اسم البند)	Model / Manufacturer (الموديل والشركة الصانعة)	Serial No. (الرقم التسلسلي)
١			

- ○ **B.** What is the status of existing equipment and why it no longer meet your requirement? Attach a copy of Clinical Engineering Department report that justifies the replacement.

(ما هو سبب احلال او ترقية الجهاز ولماذا لا يوافق متطلباتكم – يجب ارفاق صورة من تقرير اداة الهندسة الطبية عن وضع الجهاز الحالي)

- **C.** What is the cost, age, condition and annual usage of current equipment?

  (ما هي تكلفة وعمر وحالة الجهاز المراد إحلاله أو ترقيته وما معدل الاستخدام السنوي له)

- **D.** Does the replacement / upgrade product have disposable items in stock?

  (هل يوجد مستهلكات ومستلزمات خاصة بهذا البند المطلوب في مستودعاتكم)

- Yes — If yes, list the cost and quantity? (اذكر التكلفة والكمية ان وجد)
- No --

----

14. List all efficiency that will be gained if the equipment is purchased (e.g. staff will be more efficient , procedure time will decrease) (اذكر جميع المنافع التي المرجوة من الجهاز مثل الكفاءة في الجودة والوقت)

----

15. Are consumables/ accessories needed for this equipment? (هل الجهاز يحتاج أي مستهلكات او مستلزمات)

- Yes — If yes, list the cost and quantity that will be used annually?

  (اذكر التكلفة والكمية التي سوف تستخدم سنويا)

- No --

----

16. The approval from another Committee or Department (e.g. Infection Control, Radiology Department) (يجب ارفاق موافقة او اعتماد من الإدارة المتخصصة التي يتبع لها الجهاز المطلوب)

----

17. What is the anticipated number of years the requested equipment is expected to be functional? (ما هو عدد السنين المتوقع لعمل الجهاز المطلوب بكامل فعاليته)

----

18. Will there be additional manpower, pre-installation, software systems, cost of education or additional space requirements related to the requested equipment.

(هل الجهاز المطلوب يحتاج إلى أعمال ما قبل التركيب ،انظمة وبرامج ، تدريب وتعليم أو ملحقات إضافية)

Director of Hospital / Health Facility **Signature:**

(مدير المستشفى / المنشأة الصحية) **(التوقيع)**

Director of Department of Equipment Supplies **Signature:**

(مدير التجهيزات بالمنطقة) **(التوقيع)**

Director of Health Affairs in the Region **Signature:**

(مدير الشؤون الصحية بالمنطقة) **(التوقيع)**

Stamp

(الختم)

Kingdom of Saudi Arabia		المملكة العربية السعودية
Ministry of Health	وزارة الصحة Ministry of Health	وزارة الصحة
General Directorate of Equipment Supplies		الإدارة العامة للتجهيزات
Department of Tenders &Technical Committees		إدارة المنافسات واللجان الفنية

Medical & Non medical Device / Furniture Requisition Form (نموذج طلبات الأجهزة والأثاث)

Note : 1- This form is to be used for only one type of device.(هذه البيانات خاصة بجهاز واحد فقط)	No. :
2- The data will be reviewed and then will be advised of the result. (البيانات سوف تراجع وسيتم إبلاغكم بالقرارات والنتائج)	Date : Qty :
3- All Questions must be completed. (يجب الإجابة على جميع الأسئلة)	

1. Hospital / Health Facility Name (اسم المستشفى/ المنشأة الصحية) : مستشفى الامراض الصدرية

2. City (المدينة) : ابو عريش

3. Region (المنطقة) : جازان

4. Device Name (اسم الجهاز او البند) : جهاز كشف فيروسات الدم عدد ١

5. Device Code (رقم الجهاز او البند) :

6. Purpose of Request (الغرض من الطلب):

- ✓ **New (جديد)**
- o **Upgrade (ترقية)**
- o **Replacement (احلال)**
- o **Others (أخرى)**
- o **Expansion (تمديد)**

7. Type of Device (نوع الجهاز) :

- o **Capital equipment (جهاز عادي)**
- o **Furniture (أثاث)**
- ✓ **Consumable Deal (جهاز مع مستهلكات)**
- o **Others (اخرى)**

8.Describe the intended clinical use of the technology / equipment (اوصف الهدف المقصود من استخدام هذه التقنية):

جهاز عالي الكشف عن الفيروسات بالدم

---

9. Provide an evidence – based clinical justification for the use of this product. List all factors that support your request, provide documentation and literature review.

(يرجى تزويد الطلب بمبررات فعلية لاستخدام هذا الجهاز ويفضل إرفاق مستندات وبيانات عن المنتج المطلوب لدعم طلبكم له)

مستشفى عزل وبحاجة ماسة للجهاز

---

10. Does the end-user have the proper credentials to use this item?

(هل العاملين على هذا الجهاز معتمدين من الجهات الرسمية لاستخدام هذا الجهاز – يرجى ارفاق أوراق الاعتماد الخاصة بهم)

☑ Yes ○ No

11. How many users are going to utilize this item? Please in details. (كم عدد مستخدمي هذا الجهاز بالتفصيل)

لا شيء محدد

---

12. Is the site of the requested equipment ready? (هل يوجد مكان جاهز للجهاز المطلوب)

☑ Yes If yes, state the area/ room? (اذا كانت الاجابة بنعم حدد مكان و غرفة الجهاز)

○ No قسم المختبر بالمستشفى

13.For replacement / upgrade request only (للإحلال والترقية فقط)

○ **A.** Item to be replaced/ upgraded (البند المراد احلاله أو ترقيته)

No	Equipment /Furniture Name (اسم البند)	Model / Manufacturer (الموديل والشركة الصانعة)	Serial No. (الرقم التسلسلي)
١			

○ **B.** What is the status of existing equipment and why it no longer meet your requirement? Attach a copy of Clinical Engineering Department report that justifies the replacement.

(ما هو سبب احلال او ترقية الجهاز ولماذا لا يوافق متطلباتكم – يجب ارفاق صورة من تقرير اداة الهندسة الطبية عن وضع الجهاز الحالي)

- **C.** What is the cost, age, condition and annual usage of current equipment?

  (ما هي تكلفة وعمر وحالة الجهاز المراد إحلاله أو ترقيته وما معدل الاستخدام السنوي له)

- **D.** Does the replacement / upgrade product have disposable items in stock?

  (هل يوجد مستهلكات ومستلزمات خاصة بهذا البند المطلوب في مستودعاتكم)

- Yes — If yes, list the cost and quantity? (اذكر التكلفة والكمية ان وجد)
- No — ---

----

14. List all efficiency that will be gained if the equipment is purchased (e.g. staff will be more efficient , procedure time will decrease) (اذكر جميع المنافع التي المرجوة من الجهاز مثل الكفاءة في الجودة والوقت)

----

15. Are consumables/ accessories needed for this equipment? (هل الجهاز يحتاج أي مستهلكات او مستلزمات)

- Yes — If yes, list the cost and quantity that will be used annually?

  (اذكر التكلفة والكمية التي سوف تستخدم سنويا)

- No — ---

----

16. The approval from another Committee or Department (e.g. Infection Control, Radiology Department) (يجب ارفاق موافقة او اعتماد من الإدارة المتخصصة التي يتبع لها الجهاز المطلوب)

----

17. What is the anticipated number of years the requested equipment is expected to be functional? (ما هو عدد السنين المتوقع لعمل الجهاز المطلوب بكامل فعاليته)

----

18. Will there be additional manpower, pre-installation, software systems, cost of education or additional space requirements related to the requested equipment.

(هل الجهاز المطلوب يحتاج إلى أعمال ما قبل التركيب ،انظمة وبرامج ، تدريب وتعليم أو ملحقات إضافية)

Director of Hospital / Health Facility **Signature:**

(مدير المستشفى / المنشأة الصحية) **(التوقيع)**

Director of Department of Equipment Supplies **Signature:**

(مدير التجهيزات بالمنطقة) **(التوقيع)**

Director of Health Affairs in the Region **Signature:**

(مدير الشؤون الصحية بالمنطقة) **(التوقيع)**

Stamp

(الختم)

Kingdom of Saudi Arabia		المملكة العربية السعودية
Ministry of Health	وزارة الصحة Ministry of Health	وزارة الصحة
General Directorate of Equipment Supplies		الإدارة العامة للتجهيزات
Department of Tenders &Technical Committees		إدارة المنافسات واللجان الفنية

Medical & Non medical Device / Furniture Requisition Form (نموذج طلبات الأجهزة والأثاث)

Note : 1- This form is to be used for only one type of device.(هذه البيانات خاصة بجهاز واحد فقط)	No. :
2- The data will be reviewed and then will be advised of the result. (البيانات سوف تراجع وسيتم ابلاغكم بالقرارات والنتائج)	Date :
	Qty :
3- All Questions must be completed. (يجب الإجابة على جميع الأسئلة)	

1. Hospital / Health Facility Name (اسم المستشفى/ المنشأة الصحية) مستشفى الأمراض الصدرية بجازان

2. City (المدينة) جازان

3. Region (المنطقة) جازان

4. Device Name (اسم الجهاز او البند) : جهاز قياس وظائف التنفس

5. Device Code (رقم الجهاز او البند) : عدد ١

6. Purpose of Request (الغرض من الطلب):

- ✓ **New (جديد)**
- ○ **Upgrade (ترقية)**
- ○ **Replacement (احلال)**
- ○ **Others (أخرى)**
- ○ **Expansion (تمديد)**

7. Type of Device (نوع الجهاز) :

- ✓ **Capital equipment (جهاز عادي)**
- ○ **Furniture (أثاث)**
- ○ **Consumable Deal (جهاز مع مستهلكات)**
- ○ **Others (اخرى)**

8.Describe the intended clinical use of the technology / equipment (اوصف الهدف المقصود من استخدام هذه التقنية):

جهاز شدادات وكفاءات للتنفس للامراض الصدرية

---

9. Provide an evidence – based clinical justification for the use of this product. List all factors that support your request, provide documentation and literature review.

(يرجى تزويد الطلب بمبررات فعلية لاستخدام هذا الجهاز ويفضل ارفاق مستندات وبيانات عن المنتج المطلوب لدعم طلبكم له)

---

10. Does the end-user have the proper credentials to use this item?

(هل العاملين على هذا الجهاز معتمدين من الجهات الرسمية لاستخدام هذا الجهاز – يرجى ارفاق أوراق الاعتماد الخاصة بهم)

- ✓ **Yes**
- o **No**

11. How many users are going to utilize this item? Please in details. (كم عدد مستخدمي هذا الجهاز بالتفصيل)

---

12. Is the site of the requested equipment ready? (هل يوجد مكان جاهز للجهاز المطلوب)

- o Yes — If yes, state the area/ room? (اذا كانت الاجابة بنعم حدد مكان وغرفة الجهاز)
- o No ---

13.For replacement / upgrade request only (للإحلال والترقية فقط)

o **A.** Item to be replaced/ upgraded (البند المراد احلاله أو ترقيته)

No	Equipment /Furniture Name (اسم البند)	Model / Manufacturer (الموديل والشركة الصانعة)	Serial No. (الرقم التسلسلي)
١			

o **B.** What is the status of existing equipment and why it no longer meet your requirement? Attach a copy of Clinical Engineering Department report that justifies the replacement.

(ما هو سبب احلال او ترقية الجهاز ولماذا لا يوافق متطلباتكم – يجب ارفاق صورة من تقرير اداة الهندسة الطبية عن وضع الجهاز الحالي)

- **C.** What is the cost, age, condition and annual usage of current equipment?

  (ما هي تكلفة وعمر وحالة الجهاز المراد إحلاله أو ترقيته وما معدل الاستخدام السنوي له)

- **D.** Does the replacement / upgrade product have disposable items in stock?

  (هل يوجد مستهلكات ومستلزمات خاصة بهذا البند المطلوب في مستودعاتكم)

- Yes   If yes, list the cost and quantity? (اذكر التكلفة والكمية ان وجد)
- No   --

  ----

14. List all efficiency that will be gained if the equipment is purchased (e.g. staff will be more efficient , procedure time will decrease) (اذكر جميع المنافع التي المرجوة من الجهاز مثل الكفاءة في الجودة والوقت)

----

15. Are consumables/ accessories needed for this equipment? (هل الجهاز يحتاج أي مستهلكات او مستلزمات)

- Yes   If yes, list the cost and quantity that will be used annually?

  (اذكر التكلفة والكمية التي سوف تستخدم سنويا)

- No   --

  ----

16. The approval from another Committee or Department (e.g. Infection Control, Radiology Department) (يجب ارفاق موافقة او اعتماد من الإدارة المتخصصة التي يتبع لها الجهاز المطلوب)

----

17. What is the anticipated number of years the requested equipment is expected to be functional? (ما هو عدد السنين المتوقع لعمل الجهاز المطلوب بكامل فعاليته)

----

18. Will there be additional manpower, pre-installation, software systems, cost of education or additional space requirements related to the requested equipment.

(هل الجهاز المطلوب يحتاج إلى أعمال ما قبل التركيب ،انظمة وبرامج ، تدريب وتعليم أو ملحقات إضافية)

Director of Hospital / Health Facility **Signature:**

(مدير المستشفى / المنشأة الصحية) (التوقيع)

Director of Department of Equipment Supplies **Signature:**

(مدير التجهيزات بالمنطقة) (التوقيع)

Director of Health Affairs in the Region **Signature:**

(مدير الشؤون الصحية بالمنطقة) (التوقيع)

Stamp

(الختم)

Kingdom of Saudi Arabia | المملكة العربية السعودية
Ministry of Health | وزارة الصحة
General Directorate of Equipment Supplies | الإدارة العامة للتجهيزات
Department of Tenders &Technical Committees | إدارة المنافسات واللجان الفنية

وزارة الصحة
Ministry of Health

Medical & Non medical Device / Furniture Requisition Form (نموذج طلبات الأجهزة والأثاث)

Note : 1- This form is to be used for only one type of device.(هذه البيانات خاصة بجهاز واحد فقط)	No. :
2- The data will be reviewed and then will be advised of the result. (البيانات سوف تراجع وسيتم إبلاغكم بالقرارات والنتائج)	Date :
	Qty :
3- All Questions must be completed. (يجب الإجابة على جميع الأسئلة)	

1. Hospital / Health Facility Name (اسم المستشفى/ المنشأة الصحية) : مستشفى الأمراض الصدرية

2. City (المدينة) : جازان

3. Region (المنطقة) : أبو عريش

4. Device Name (اسم الجهاز او البند) : جهاز قياس العلامات الحيوية

5. Device Code (رقم الجهاز او البند) : عدد ٢

6. Purpose of Request (الغرض من الطلب):

- ✓ **New (جديد)**
- ○ **Upgrade (ترقية)**
- ○ **Replacement (احلال)**
- ○ **Others (أخرى)**
- ○ **Expansion (تمديد)**

7. Type of Device (نوع الجهاز) :

- ○ **Capital equipment (جهاز عادي)**
- ○ **Furniture (أثاث)**
- ✓ **Consumable Deal (جهاز مع مستهلكات)**
- ○ **Others (اخرى)**

8.Describe the intended clinical use of the technology / equipment (اوصف الهدف المقصود من استخدام هذه التقنية):

قياس وظائف العلامات الحيوية للمرضى

9. Provide an evidence – based clinical justification for the use of this product. List all factors that support your request, provide documentation and literature review.

(يرجى تزويد الطلب بمبررات فعلية لاستخدام هذا الجهاز ويفضل إرفاق مستندات وبيانات عن المنتج المطلوب لدعم طلبكم له)

10. Does the end-user have the proper credentials to use this item?

(هل العاملين على هذا الجهاز معتمدين من الجهات الرسمية لاستخدام هذا الجهاز – يرجى ارفاق أوراق الاعتماد الخاصة بهم)

- ✓ Yes
- o No

11. How many users are going to utilize this item? Please in details. (كم عدد مستخدمي هذا الجهاز بالتفصيل)

٧٠ طبي وتمريض وأخصائي

12. Is the site of the requested equipment ready? (هل يوجد مكان جاهز للجهاز المطلوب)

- ✓ Yes — If yes, state the area/ room? (اذا كانت الاجابة بنعم حدد مكان وغرفة الجهاز)
  أقسام التنويم والطوارئ والعيادات الخارجية وغرف العمليات
- o No

13.For replacement / upgrade request only (للإحلال والترقية فقط)

- o **A.** Item to be replaced/ upgraded (البند المراد احلاله أو ترقيته)

No	Equipment /Furniture Name (اسم البند)	Model / Manufacturer (الموديل والشركة الصانعة)	Serial No. (الرقم التسلسلي)
١			

- o **B.** What is the status of existing equipment and why it no longer meet your requirement? Attach a copy of Clinical Engineering Department report that justifies the replacement.

(ما هو سبب احلال او ترقية الجهاز ولماذا لا يوافق متطلباتكم – يجب ارفاق صورة من تقرير اداة الهندسة الطبية عن وضع الجهاز الحالي)

- **C.** What is the cost, age, condition and annual usage of current equipment?

(ما هي تكلفة وعمر وحالة الجهاز المراد إحلاله أو ترقيته وما معدل الاستخدام السنوي له)

- **D.** Does the replacement / upgrade product have disposable items in stock?

(هل يوجد مستهلكات ومستلزمات خاصة بهذا البند المطلوب في مستودعاتكم)

- Yes — If yes, list the cost and quantity? (اذكر التكلفة والكمية ان وجد)
- No

14. List all efficiency that will be gained if the equipment is purchased (e.g. staff will be more efficient , procedure time will decrease) (اذكر جميع المنافع التي المرجوة من الجهاز مثل الكفاءة في الجودة والوقت)

15. Are consumables/ accessories needed for this equipment? (هل الجهاز يحتاج أي مستهلكات او مستلزمات)

- Yes — If yes, list the cost and quantity that will be used annually?

  (اذكر التكلفة والكمية التي سوف تستخدم سنويا)
- No

16. The approval from another Committee or Department (e.g. Infection Control, Radiology Department) (يجب ارفاق موافقة او إعتماد من الإدارة المتخصصة التي يتبع لها الجهاز المطلوب)

17. What is the anticipated number of years the requested equipment is expected to be functional?

(ما هو عدد السنين المتوقع لعمل الجهاز المطلوب بكامل فعاليته)

18. Will there be additional manpower, pre-installation, software systems, cost of education or additional space requirements related to the requested equipment.

(هل الجهاز المطلوب يحتاج إلى أعمال ما قبل التركيب ،انظمة وبرامج ، تدريب وتعليم أو ملحقات إضافية)

Director of Hospital / Health Facility **Signature:**

(مدير المستشفى / المنشأة الصحية) **(التوقيع)**

Director of Department of Equipment Supplies **Signature:**

(مدير التجهيزات بالمنطقة) **(التوقيع)**

Director of Health Affairs in the Region **Signature:**

(مدير الشؤون الصحية بالمنطقة) **(التوقيع)**

Stamp

(الختم)

Kingdom of Saudi Arabia	المملكة العربية السعودية
Ministry of Health	وزارة الصحة
General Directorate of Equipment Supplies	الإدارة العامة للتجهيزات
Department of Tenders &Technical Committees	إدارة المنافسات واللجان الفنية

وزارة الصحة
Ministry of Health

Medical & Non medical Device / Furniture Requisition Form (نموذج طلبات الأجهزة والأثاث)

Note: 1- This form is to be used for only one type of device.(هذه البيانات خاصة بجهاز واحد فقط)	No. :
2- The data will be reviewed and then will be advised of the result. (البيانات سوف تراجع وسيتم إبلاغكم بالقرارات والنتائج)	Date : Qty :
3- All Questions must be completed. (يجب الإجابة على جميع الأسئلة)	

1. Hospital / Health Facility Name (اسم المستشفى/ المنشأة الصحية) : مستشفى الأمراض الصدرية

2. City (المدينة) : أبوعريش

3. Region (المنطقة) : جازان

4. Device Name (اسم الجهاز او البند) : جهاز عد خلايا الدم (CBC)

5. Device Code (رقم الجهاز او البند) : عدد ١

6. Purpose of Request (الغرض من الطلب):

- ○ New (جديد)
- ✓ Replacement (احلال)
- ○ Expansion (تمديد)
- ○ Upgrade (ترقية)
- ○ Others (أخرى)

7. Type of Device (نوع الجهاز) :

- ○ Capital equipment (جهاز عادي)
- ✓ Consumable Deal (جهاز مع مستهلكات)
- ○ Furniture (أثاث)
- ○ Others (اخرى)

8.Describe the intended clinical use of the technology / equipment (اوصف الهدف المقصود من استخدام هذه التقنية):

تحليل غازات الدم

9. Provide an evidence – based clinical justification for the use of this product. List all factors that support your request, provide documentation and literature review.

(يرجى تزويد الطلب بمبررات فعلية لاستخدام هذا الجهاز ويفضل إرفاق مستندات وبيانات عن المنتج المطلوب لدعم طلبكم له)

تم طلبه من عام ولم يتم توفيره لاهمية الجهاز في قسم الطب الباطنة

10. Does the end-user have the proper credentials to use this item?

(هل العاملين على هذا الجهاز معتمدين من الجهات الرسمية لاستخدام هذا الجهاز – يرجى ارفاق أوراق الاعتماد الخاصة بهم)

☑ Yes ○ No

11. How many users are going to utilize this item? Please in details. (كم عدد مستخدمي هذا الجهاز بالتفصيل)

٧ ممرضين

12. Is the site of the requested equipment ready? (هل يوجد مكان جاهز للجهاز المطلوب)

☑ Yes If yes, state the area/ room? (اذا كانت الاجابة بنعم حدد مكان وغرفة الجهاز)

○ No قسم المختبر بالمستشفى

13.For replacement / upgrade request only (للإحلال والترقية فقط)

○ **A.** Item to be replaced/ upgraded (البند المراد احلاله أو ترقيته)

No	Equipment /Furniture Name (اسم البند)	Model / Manufacturer (الموديل والشركة الصانعة)	Serial No. (الرقم التسلسلي)
١	جهاز غازات الدم	KX-21	A4-659

○ **B.** What is the status of existing equipment and why it no longer meet your requirement? Attach a copy of Clinical Engineering Department report that justifies the replacement.

(ما هو سبب احلال او ترقية الجهاز ولماذا لا يوافق متطلباتكم – يجب ارفاق صورة من تقرير اداة الهندسة الطبية عن وضع الجهاز الحالي)

لا يتجاوز عمره الافتراضي كثرة صيانته وحاجة القسم للجهاز

- **C.** What is the cost, age, condition and annual usage of current equipment?

  (ما هي تكلفة وعمر وحالة الجهاز المراد إحلاله أو ترقيته وما معدل الاستخدام السنوي له)

  اكثر من ١٥ عام عمر الجهاز ـ يستخدم باستمرار

- **D.** Does the replacement / upgrade product have disposable items in stock?

  (هل يوجد مستهلكات ومستلزمات خاصة بهذا البند المطلوب في مستودعاتكم)

  ✓ Yes — If yes, list the cost and quantity? (اذكر التكلفة والكمية ان وجد)

  ○ No — محاليل الجهاز ـ ويتم طلبها من المستودعات المركزية

14. List all efficiency that will be gained if the equipment is purchased (e.g. staff will be more efficient , procedure time will decrease) (اذكر جميع المنافع التي المرجوة من الجهاز مثل الكفاءة في الجودة والوقت)

15. Are consumables/ accessories needed for this equipment? (هل الجهاز يحتاج أي مستهلكات او مستلزمات)

✓ Yes — If yes, list the cost and quantity that will be used annually?

(اذكر التكلفة والكمية التي سوف تستخدم سنويا)

○ No — كرت صيانة ومحاليل

16. The approval from another Committee or Department (e.g. Infection Control, Radiology Department) (يجب ارفاق موافقة او اعتماد من الإدارة المتخصصة التي يتبع لها الجهاز المطلوب)

17. What is the anticipated number of years the requested equipment is expected to be functional?

(ما هو عدد السنين المتوقع لعمل الجهاز المطلوب بكامل فعاليته)

لا يوجد

18. Will there be additional manpower, pre-installation, software systems, cost of education or additional space requirements related to the requested equipment.

(هل الجهاز المطلوب يحتاج إلى أعمال ما قبل التركيب ،انظمة وبرامج ، تدريب وتعليم أو ملحقات إضافية)

Director of Hospital / Health Facility **Signature:**

(مدير المستشفى / المنشأة الصحية) **(التوقيع)**

Director of Department of Equipment Supplies **Signature:**

(مدير التجهيزات بالمنطقة) **(التوقيع)**

Director of Health Affairs in the Region **Signature:**

(مدير الشؤون الصحية بالمنطقة) **(التوقيع)**

Stamp

(الختم)

١٠٢٥٦٠١

المملكة العربية السعودية
وزارة الصحة
المديرية العامة للشئون الصحية بجازان
مستشفى الأمراض الصدرية بجازان



الرقم :
التاريخ :
المشفوعات :

سعادة مدير عام الشئون الصحية منطقة جازان **يَحْفَظَهُ اللّٰهُ وَيَرْعَاهُ**

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

نرفع لسعادتكم حاجتنا الماسة جداً الى جهاز عدكرات الدم (CBC) وقد تمت مجموعة مخاطبات وهي :

- خطاب الى سعادة مساعد المدير العام للإمداد رقم ٣٨٨/ م ص وتاريخ ١٤٣٧/١/١٦هـ (**مرفق صورة الخطاب**)
- خطاب الى سعادة مساعد المدير العام للإمداد رقم ١٣٧٣/ م ص وتاريخ ١٤٣٧/٢/٢هـ ومرفق معه محاضر تكهين الاجهزة، وصور من تقارير كثرة الاعطال (**مرفق صورة الخطاب**).
- خطاب من إدارة الصيانة الطبية بصحة جازان الى مستشفى الأمراض الصدرية رقم ٥١/٤٣١٦/م/٥١ وتاريخ ١٤٣٧/٣/٦هـ يفيد ان الجهازين انتهى عمرها الافتراضي وغير صالحه للعمل وقد عمل صور لـ (**مرفق صورة الخطاب**) :
  - إدارة التجهيزات بصحة جازان
  - إدارة المختبرات بصحة جازان .
- خطاب الى سعادة مساعد المدير العام للإمداد رقم ١٧١٦٥٢ وتاريخ ١٤٣٧/٣/٩هـ بحاجتنا الى جهاز الـ CBC (**مرفق صورة الخطاب**)

وبما ان أجهزة الـ CBC هي من أساسيات العمل في المستشفيات التي لا يمكن الاستغناء عنها، وكثرة تعطل الجهازين (**المكهنين**) أدت الى تعطل العمل لدينا .

لذلك نرجوا من سعادتكم – تلطفاً – التوجيه بتزويدنا بجهازين جديدة لعدكريات الدم الحمراء لتوقف العمل على وجودها .

وتفضلوا بقبول فائق تحياتي وتقديري ..

مدير مستشفى الأمراض الصدرية بجازان

أ.أسامة بن محمد ...

ص. لمدير التموين الطبي
ص. لرئيس قسم المختبر
ص. للملف لملف التموين الطبي

المملكة العربية السعودية
وزارة الصحة
المديرية العامة للشئون الصحية بجازان
مستشفى الأمراض الصدرية بجازان



الرقم : ٣٨٦/م ص
التاريخ : ١٤٣٧/٢/١٥هـ
المشفوعات : (٦)

سعـادة مسـاعـد المدير العام للإمداد بصحة جازان **سلمه الله**

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

إشارة إلى خطاب مدير إدارة الصيانة الطبية بصحة جازان رقم ٥١/٤٣١٦/م/٥١ المرفق صورة لسعادتكم والمبني على خطاب شركة دار المعدات الطبية (مشروع الصيانة الطبي بجازان) رقم ١١٣٦ بتاريخ ٢٠١٥/١٢/٨ بخصوص تعطل جهاز عد كريات الدم سيسمكس وإلحاقاً لخطابنا رقم ١٣٧٣/م ص بتاريخ ١٤٣٧/٠٢/٠٣هـ وخطابنا رقم ٣٨٨/م ص بتاريخ ١٤٣٧/١/١٦هـ المبني على خطاب رئيس قسم المختبر بالمستشفى والذي يفيد فيه كثرة تعطل جهازي عد خلايا الدم وبان الجهازين قديمان ممايسبب تأخير في عمل عينات المرضى وتسليم النتائج في وقتها المحدد وهي كالتالي:-

- جهاز SYSMEX KX-21
- جهاز بيكمان كولتر ACT

عليه مرفق لسعادتكم خطابات وتقارير الصيانة ومحاضر تكهين الجهازين بعد إطلاع لجنة التكهين تم تكهين الجهازين لكثرة أعطال الجهازين وكثرة صيانتهما وتجاوز عمرهم الافتراضي.

لذلك نرجوا من سعادتكم التكرم بتوجيه من يلزم لتامين الجهازين.

وتفضلوا بقبول فائق تحيـاتي وتقـديري..

مدير مستشفى الإمراض الصدرية بجازان

أ. أسامة بن محمد باجبير

ص/للتموين الطبي
ص/ لملف التموين الطبي
ص/ لمراقبة المخزون
ص/ للمختبر

المملكة العربية السعودية
وزارة الصحة
صحة جازان



الرقم: ٦٤٣٦/١٥/م/ص/١٥
التاريخ: ٦/٣/١٤٣٧هـ
المشفوعات:

ص مع التحية لسعادة مدير إدارة المختبرات الطبية بصحة جازان المحترم

ص مع التحية لسعادة مدير إدارة التجهيزات الطبية بصحة جازان المحترم

سعادة مدير مستشفى الامراض الصدرية بجازان المحترم

السلام عليكم ورحمة اله وبركاته

إشارة الي خطاب شركة دار المعدات الطبية (مشروع الصيانة الطبي بجازان) رقم **1136** بتاريخ **2015/12/8م** بخصوص تعطل جهاز عد كريات الدم سيسمكس التالي :

م	اسم الجهاز	الشركة المصنعة	الموديل	الرقم لاالتسلسلى
1	جهاز عد كريات الدم	سيسمكس	**KX-21N**	A4659

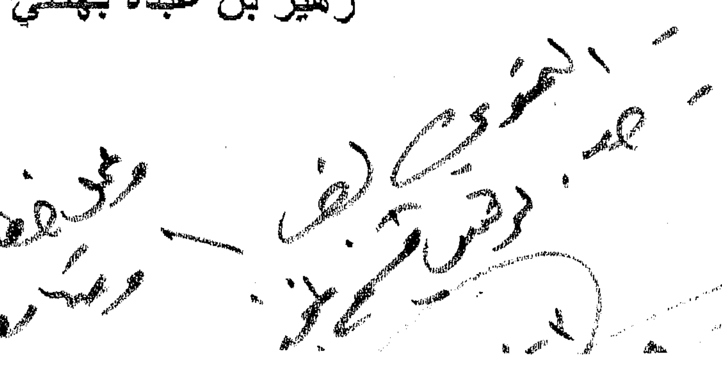
حيث تم استدعاء الوكيل شركة سيسمكس وحضر مهندس الوكيل بتاريخ **2015/11/26م** وأفاد في تقريره ان الجهاز بحالة سيئة وغير صالح للعمل بسبب انتهاء العمر الافتراضي للجهاز ووجود صدأ بالأجزاء الداخلية للجهاز (مرفق صورة من تقرير الوكيل).

علية نامل من سعادتكم الاطلاع والإحاطة واتخاذ الاجراء اللازم بمخاطبة ادارة التجهيزات الطبية بصحة جازان بتوفير جهاز بديل حسب النظام .

مع أطيب تحياتي،،،،

مدير إدارة الصيانة الطبية بصحة جازان

زهير بن عبده بهكلي



ص/ لملف التجهيزات بالصيانة الطبية
ص / لملف المستشفى بالصيانة الطبية
ص/ للصادر بالصيانة الطبية .
ص / للصادر .

CIENTIFIC & MEDICAL EQUIP. HOUSE.
Limited Liability Company
C.R. 1010166664
C.C. No. 110970
Paid Up Capital 21.000.000 S.R.



دار المعدات الطبية والعلمية
شركة ذات مسؤولية محدودة
س.ت ١٠١٠١٦٦٦٦٤
غرفة تجارية رقم ١١٠٩٧٠
راس المال المدفوع: ٢١،٠٠٠،٠٠٠ ريال سعودي

سعادة / مدير إدارة الصيانة الطبية بصحة جازان

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

بناءا على أوامر العمل الاتية

م	رقم أمر العمل وتاريخه	الجهاز	الموقع	ملاحظات
١	٤٨٧٣- ٢٠١٥/١١/٨	عد كرات الدم	أبو عريش الغربى	
٢	٥٠٥٠- ٢٠١٥/١١/٢٦	عد كرات الدم	الصدرية	

والخاص بتعطل أجهزة عد كرات الدم سيسمكس المبينة بعالية .تم مخاطبة الوكيل شركة سيسمكس وحضر المهندس للفحص وأفاد بتقريره أن الأجهزة بحاله سيئة للغالية وغير صالحة للعمل بسبب انتهاء العمر الافتراضي للجهاز ووجود صدأ بجسم الجهاز.

- لذا نرجو من سعادتكم الموافقة على تكهين الأجهزة الموضحة بعالية.

- مرفق لسعادتكم صورة من أوامر العمل وتقرير الوكيل

وتفضلوا بقبول وافر تحياتي،،،،

شركة دار المعدات الطبية

8/12/15

فرع جازان

P.O.Box 1584 Code No. 11441
Riyadh - Saudi Arabia
Tel.: 4647711 - Fax: 4631507
E-mail: smeh@smeh.com.sa

توريـدات طبية وعلمية ومخبرية
تمثيل شركات وصيانة وإعاشة
تشغيل وإدارة مستشفيات ومناقصات

ص.ب ١٥٨٤ الرمز البريدي ١١٤٤١
الرياض - المملكة العربية السعودية
هاتف: ٤٦٤٧٧١١ - فاكس ٤٦٣١٥٠٧

Importers, Suppliers, Stockists, installation&Maintenance of Med. Equip. Hospitals Operation&Managment





QUOTATION

SMEH
دار المعدات الطبية و
Phone 014647711, Fax 014631507

Quotation #	Date	Delivery
20102661	07/12/2015	07/02/2016

SNo	ITEM CODE	Description	Qnty	Unit	Price	Amount (SR)
1	44325371	GLASS CHAMBER GC-37	1.00	Pcs	1423.00	1423.00
2	97328226	DETECTOR BLOCK	1.00	Pcs	9113.00	9113.00
3	97329315	VALVE UNIT-B	1.00	Pcs	11388.00	11388.00
4	44331691	AIR CYLINDER T-2437	1.00	Pcs	3234.00	3234.00
5	02103817	SRV REPLACEMENT KIT	1.00	Pcs	10788.00	10788.00
6	44116347	PIPETTE NO.57	1.00	Pcs	883.00	883.00
7	44234608	FITTING NO. 9-A	1.00	Pcs	588.00	588.00
		****** NOTHING FOLLOWS ******				

Saudi Riyal thirty seven thousand four hundred seventeen only.		
	Grand Total	37417.00
	Discount	0.00
	Net amount	**37417.00**

Notes : ABU ARISH PHCC KX-21N (A4721)
ENG. QURAISHI FAX:017-3245600

شركة فاروق ومامون تمر وشركاهما
Sysmex

Issued from : MOHAMMED ABDELRAZEK — Receiver's Signature

Page :1 *Prepared by: IRFAN / 07/12/2015-15:03*

3337, Prince Sultan Bin Abdul Aziz Street
Riyadh 12232 - 8052 KSA
Phone : 2065204 / Fax : 2065208

FAROUK, MAMOUN-TAMER & CO.
P.O. Box 388, Riyadh 11411, KSA
Phone: (01) 4024653 / Fax: (01) 4010290

17/12 2015 11:00 FAX



Hospital Abu Arish مستشفى

قسم الصيانة الطبية

Bio. Med. Eng. Dept.

أمر عمل صيانة وقائية / إصلاح

Job Order

W. Order No. 4873 — أمر عمل رقم : ٤٨٧٣

Date 8/11/2015 — التاريخ : ١٤٣٧/١/٢٦

EQUIPMENT :	Hematology Analyzer	الجهـــاز :
COMPUTER :		رقم الكمبيوتر :
CODE NO. :	SR. NO A4721	الرقم التسلسلي :
MODEL :	KX-21N	الموديـــل :
MANUFACTURER :	Sysmex	الصـــانــع :
DEPARTMENT :	Lab	القســـم :

INTERIM REPORT : THE ABOVE MENTIONED JOB COULD NOT BE COMPLETED DUE TO : تقرير أولي : العملية المذكورة أعلاه لم تنتهي بعد بسبب :

Not working

Refer to Tech Eng.

DATE : .... RFQ. NO. : .... SIGNATURE : ....

FINAL REPORT تقرير نهائي

PARTS USED القطع المستعملة

PART NUMBER	DESCRIPTION	PART NUMBER	DESCRIPTION

REPAIRED BY :
NAME : ....
SIGN : ....

SITE MANAGER :
NAME : ....
SIGN : ....

APPROVAL : THE JOB HAS BEEN CARRIED OUT SATISFACTORILY — الموافقة : لقد تمت عملية الصيانة الإصلاح بطريقة مقبولة

OPERATOR'S
NAME : ....
SIGN.: .... DATE

HOSPITAL ENGINEER
NAME : ....
SIGN.: .... DATE





QUOTATION

SMEH
دار المعدات الطبية و
Phone 014647711, Fax 014631507

Quotation #	Date	Delivery
20102646	26/11/2015	26/01/2016

SNo	ITEM CODE	Description	Qnty	Unit	Price	Amount (SR)
1	01344931	DETECTOR BLOCK	1.00	Pcs	15883.00	15883.00
		****** NOTHING FOLLOWS ******				

Saudi Riyal fifteen thousand eight hundred eighty three only.

Grand Total	15883.00
Discount	0.00
Net amount	**15883.00**

Notes : CHEST HOSPITAL KX-21N (A4659)
ENG. QURAISHI FAX 01[illegible]2245990

شركة فاروق ومأمون تمر وشركاهم - قسم السيسمكس Sysmex

Issued from : MOHAMMED ABDELRAZEK Receiver's Signature

Page :1 *Prepared by: IRFAN / 26/11/2015-16:34*

G. Floor, Bld. #5, Zone - A
Business Gate Complex, Exit 8 Riyadh
Phone : 2065204 / Fax : 2065208

FAROUK, MAMOUN-TAMER & CO.
P.O. Box 380, Riyadh 11411, KSA
Phone: (011) 4024683 / Fax: (011) 4010290

st hospital

...ty

...atology Contact Person ... Qty 3 ... (unclear)

Serial Number A4659 Cycle Counter 113335

... T working [Parameters [WBC/RBC/PLTS] not readed]

...ection ; DETECTOR block damaged

...red	Part Number	Qty	Source	Remarks
...TOR BLOCK #				

...machine needs for spare parts as above ;
...ine is very old ; it is useless to replace spare parts so its ... to replace machine with a new one

Travel Time 2200 | Working Time 10 mins | Job Completed? X

...mad AbdulRazek Date Service : 26 / 11 / 2015 Sign.: Moh...

(If applicable)

Stamp (If applicable)

Customer / Eng

Position



مستشفى Hospital Chest Hosp
قسم الصيانة الطبية
Bio. Med. Eng. Dept.

أمر عمل صيانة وقائية / إصلاح
Job Order

W. Order No. 5050 أمر عمل رقم : ٥٠٥٠
Date 26/11/2015 التاريخ : ٢٦/١١/٢٠١٥

EQUIPMENT: Hematology Analyzer الجهاز :
COMPUTER: رقم الكمبيوتر :
CODE NO.: SANO: A4659 الرقم التسلسلي :
MODEL: KX-21N الموديل :
MANUFACTURER: Sysmex الصانع :
DEPARTMENT: Lab القسم :

INTERIM REPORT : THE ABOVE MENTIONED JOB COULD NOT BE COMPLETED DUE TO : تقرير أولي : العملية المذكورة أعلاه لم تنتهي بعد بسبب :
Not working
Inform to Sysmex Eng.
Request for Spare parts
DATE: 26/11/2015 RFQ. NO.: SIGNATURE:

FINAL REPORT تقرير نهائي

PARTS USED القطع المستعملة

PART NUMBER	DESCRIPTION	PART NUMBER	DESCRIPTION

REPAIRED BY :
NAME :
SIGN :

SITE MANAGER :
NAME :
SIGN :

APPROVAL : THE JOB HAS BEEN CARRIED OUT SATISFACTORILY الموافقة : لقد تمت عملية الصيانة الإصلاح بطريقة مقبولة

OPERATOR'S
NAME :
SIGN.: DATE

HOSPITAL ENGINEER
NAME :
SIGN.: DATE

المملكة العربية السعودية
وزارة الصحة
المديرية العامة للشؤون الصحية بجازان
مستشفى الأمراض الصدرية جازان



الرقم : ....
التاريخ : ....
المشفوعات : ....

سعـادة مسـاعـد المدير العام للإمداد بصحة جازان سلمه الله

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

إلحاقا"لخطابنا رقم ٣٨٨/م ص بتاريخ ١٤٣٧/١/١٦هـ المبني على خطاب رئيس قسم المختبر بالمستشفى والذي يفيد فيه كثرة تعطل جهازي عد خلايا الدم وبان الجهازين قديمان ممايسبب تأخير في عمل عينات المرضى وتسليم النتائج في وقتها المحدد وهي كالتالي:-

- جهاز SYSMEX KX-21
- جهاز بيكمان كولتر ACT

عليه مرفق لسعادتكم خطابات وتقارير الصيانة ومحاضر تكهين الجهازين بعد إطلاع لجنة التكهين تم تكهين الجهازين لكثرة أعطال الجهازين وكثرة صيانتهما وتجاوز عمرهم الافتراضي.

لذلك نرجوا من سعادتكم التكرم بتوجيه من يلزم لتامين الجهازين.

وتفضلوا بقبول فائق تحيـاتي وتقـديري..

مدير مستشفى الإمراض الصدرية بجازان

أ. أسامة بن محمد باجبير

ص/التموين الطبي
ص/ لملف التموين الطبي
ص/ لمراقبة المخزون
ص/ للمختبر

المملكة العربية السعودية
وزارة الصحة
المديرية العامة للشئون الصحية بجازان
مستشفى الأمراض الصدرية بجا زان
إدارة مراقبة المخزون



الرقم : ....
التاريخ : ....
المشفوعات : ....

محضر تكهين

أنه في يوم الثلاثاء الموافق ١٤٣٧/٠٢/٢٦ هـ تم الاطلاع من الجنة المكلفة بالتكهين على الجهاز الموضح بياناته أدناه لتكهينه مع توضيح سبب التكهين و تقرر بعد الاطلاع من الجنة بأن الجهاز لا يعمل بصورة صحيحة لكثرة أعطاله وصيانته ولتجاوز عمره الافتراضي و بعد الاطلاع على تقارير الصيانة المرفقة قررت اللجنة تكهينه وجرى التوقيع على ذلك .

الرقم	اسم الجهاز	الموديل	الشركة الصانعة	الرقم التسلسلي	أسباب التكهين
١	Sysmex kx-21	Ks21	sysmex	A4659	كثرة اعطال الجهاز. كثرة الصيانة وتركيب قطع الغيار المكلفة تجاوز العمر الافتراضي.

أعضاء اللجنة

رئيس القسم المستلم للجهاز
محمد علي الحزبي

رئيس القسم الصيانة العامة
ابراهيم محمد سمسم

رئيس قسم الصيانة الطبية
مديش صديق طوهري

مدير التموين الطبي
باري علي مقري

مدير مراقبة المخزون
محمد ابراهيم الشريف

المدير الطبي
د / سعيد الرحمن محسني

تصديق / مدير مستشفى الامراض الصدرية بجازان

أ. أسامة بن محمد باجبير

الختم

ص/ للتموين الطبي
ص/ لمراقبة المخزون
ص/ لقسم المختبر
ص/ للجنة التكهين
ص/ لملف التكهين
ص/ للصيانة الطبية
ص/ لمأمور الاجهزة

محضر تكهين

أنه في يوم الثلاثاء الموافق ١٤٣٧/٠٢/٢٦ هـ تم الاطلاع من الجنة المكلفة بالتكهين على الجهاز الموضح بياناته أدناه لتكهينه مع توضيح سبب التكهين و تقرر بعد الاطلاع من الجنة بأن الجهاز لا يعمل بصورة صحيحة لكثرة أعطاله وصيانته ولتجاوز عمره الافتراضي و بعد الاطلاع على تقارير الصيانة المرفقة قررت اللجنة تكهينه وجرى التوقيع على ذلك .

الرقم	اسم الجهاز	الموديل	الشركة الصانعة	الرقم التسلسلي	أسباب التكهين
١	Act Diff	Ac.T	Beckman coulter	6706366	كثرة اعطال الجهاز. كثرة الصيانة وتركيب قطع الغيار المكلفة تجاوز العمر الافتراضي.

أعضاء اللجنة

رئيس القسم المستلم للجهاز
محمد علي الحربي

رئيس القسم الصيانة العامة
ابراهيم محمد المسم

رئيس قسم الصيانة الطبية
مديش صديق طوهري

مدير التموين الطبي
باري علي مقري

مدير مراقبة المخزون
محمد ابراهيم الشريف

المدير الطبي
د / سعيد الرحمن محسني

الختم

تصديق / مدير مستشفى الامراض الصدرية بجازان
أ. أسامة بن محمد باجبير

ص/ للتموين الطبي
ص/ لمراقبة المخزون
ص/ لقسم المختبر
ص/ للجنة التكهين
ص/ للملف التكهين
ص/ للصيانة الطبية
ص/ لمأمور الاجهزة

sysmex

G.Floor, Bld. # 5, Zone -A
Business Gate Complex, Riyadh
Phone : 2065204 / Fax : 2065298

Customer Service Report

20815



FAROUK, MAMOUN-TAMER & CO.
P.O. Box 388, Riyadh 11411, KSA

Installation	PPM	Demo / Training	In House Repair	Under Contact	Labor	
Warranty	FCF / Upgrade	Veterinary	Others		Parts & Labor	PPM No. Of
Emergency	Pack / Reinstall	Inspection			Reagent	Visit No. Of

Customer ____ Date ____

Contractor ____ Phone ____

Fax ____

Department ____ Contact Person ____ City ____

Model ____ Serial Number ____ Cycle Counter ____

Call Reason ____

Work Done ____

Further Action ____

Parts Replaced / Required	Part Number	Qty	Source	Remarks

Additional Info ____

Call Started at ____ Travel Time ____ Working Time ____ Job Completed? ____

Engineer : ____ Date Service : ____ Sign.: ____

User / Customer ____
Position ____
Date ____
Sign.

Customer / Eng ____ (If applicable)
Position ____
Date ____
Sign.

Stamp
(If applicable)



Customer Service Report

24872

G. Floor, Bld. #5, Zone - A
Business Gate Complex, Exit 8 Riyadh
Phone : 2065204 / Fax : 2065208

TAMER

FAROUK, MAMOUN-TAMER & CO.
P.O. Box 388, Riyadh 11411, KSA

Installation		PPM		Demo / Training		In House Repair		Under Contact	Labor			
Warranty		ECR / Upgrade		Veterinary		Others			Parts & Labor		PPM No.	Of
Emergency		Pack / Reinstall		Inspection					Reagent		Visit No.	Of

Customer ____________________ Date ____________

Contractor ____________________ Phone ____________

Fax ____________

Department ____________ Contact Person ____________ City ____________

Model ____________ Serial Number ____________ Cycle Counter ____________

C... Reason ____________________

Work Done ____________________

Further Action ____________________

Parts Replaced / Required	Part Number	Qty	Source	Remarks

Additional Info ____________________

Call Started at		Travel Time		Working Time		Job Completed?	

Engineer : ____________ Date Service : ____________ Sign.: ____________

User / Customer		Customer / Eng (If applicable)		Stamp (If applicable)
Position		Position		
Date		Date		
Sign.		Sign.		



G.Floor, Bld. # 5, Zone -A
Business Gate Complex, Riyadh
Phone : 2065204 / Fax : 2065208

Customer Service Report

19324



FAROUK, MAMOUN-TAMER & CO.
P.O. Box 388, Riyadh 11411, KSA

Installation	PPM	Demo / Training	In House Repair	Under Contact	Labor	
Warranty	ECR / Upgrade	Veterinary	Others		Parts & Labor	PPM No. Of
Emergency	Pack / Reinstall	Inspection			Reagent	Visit No. Of

Customer ______________________ Date ______________

Contractor ______________________ Phone ______________

______________________ Fax ______________

Department ____________ Contact Person ____________ City ______________

Model ____________ Serial Number ____________ Cycle Counter ____________

Call Reason ______________________

Work Done ______________________

Further Action ______________________

Parts Replaced / Required	Part Number	Qty	Source	Remarks

Additional Info ______________________

Call Started at		Travel Time		Working Time		Job Completed?	

Engineer : ____________ Date Service : ____________ Sign.: ____________

User / Customer ____________	Customer / Eng ____________ *(If applicable)*	*Stamp* *(If applicable)*
Position ____________	Position ____________	
Date ____________	Date ____________	
Sign.	Sign.	



G.Floor, Bld. # 5, Zone -A
Business Gate Complex, Riyadh
Phone : 2065204 / Fax : 2065208

Customer Service Report

19621



FAROUK, MAMOUN-TAMER & CO.
P.O. Box 385, Riyadh 11411, KSA

Installation		PPM		Demo / Training		In House Repair		Under Contract	Labor			
Warranty		ECR / Upgrade		Veterinary		Others			Parts & Labor		PPM No.	Of
Emergency		Pack / Reinstall		Inspection	✓				Reagent		Visit No.	Of

Customer ______ Date ______

Contractor ______ Phone ______

Fax ______

Department ______ Contact Person ______ City ______

Model ______ Serial Number ______ Cycle Counter ______

C Reason ______

Work Done ______

Further Action ______

Parts Replaced / Required	Part Number	Qty	Source	Remarks
[illegible] Transducer		1		
[illegible]		1		
[illegible]		1		
[illegible]		1		
[illegible]		1		
[illegible]		1		

Additional Info ______

Call Started at		Travel Time		Working Time		Job Completed?	

Engineer : ______ Date Service : ______ Sign.: ______

User / Customer ______
Position ______
Date ______
Sign.

Customer / Eng ______ *(If applicable)*
Position ______
Date ______
Sign.

Stamp
(If applicable)

sysmex

3337, Prince Sultan Bin Abdul Aziz Street
Riyadh 12232 - 8052 KSA
Phone : 2065204 / Fax : 2065208

Customer Service Report

17938



FAROUK, MAMOUN-TAMER & CO.
P.O. Box 389, Riyadh 11411, KSA

Installation	PPM	Demo / Training	In House Repair	Under Contract	Labor	
Warranty	ECR / Upgrade	Veterinary	Others		Parts & Labor	PPM No. Of
Emergency	Rec. / Reinstall	Inspection			Reagent	Visit No. Of

Customer ____ Date ____

Contractor ____ Phone ____

Fax ____

Department ____ Contact Person ____ City ____

Model ____ Serial Number ____ Cycle Counter ____

Call Reason ____

Work Done ____

Further Action ____

Parts Replaced / Required	Part Number	Qty	Source	Remarks

Additional Info ____

Call Started at		Travel Time		Working Time		Job Completed?	

Engineer : ____ Date Service : ____ Sign.: ____

User / Customer ____
Position ____
Date ____
Sign.

Customer / Eng ____ (If applicable)
Position ____
Date ____
Sign.

Stamp
(If applicable)



G Floor, Bld. #5, Zone - A
Business Gate Complex, Exit 8 Riyadh
Phone : 2065204 / Fax : 2065208

Customer Service Report

25914

TAMER
FAROUK, MAMOUN-TAMER & CO.
P.O. Box 388, Riyadh 11411, KSA

Installation	PPM	Demo / Training	In House Repair	Under Contract	Labor	
Warranty	ECR / Upgrade	Veterinary	Others		Parts & Labor	PPM No. Of
Emergency	Pack / Reinstall	Inspection			Reagent	Visit No. Of

Customer ______________________ Date ______________

Contractor ______________________ Phone ______________

______________________ Fax ______________

Department ______________ Contact Person ______________ City ______________

Model ______________ Serial Number ______________ Cycle Counter ______________

Call Reason ____

Work Done ____

Further Action ____

Parts Replaced / Required	Part Number	Qty	Source	Remarks
[illegible]				

Additional Info ____

Call Started at		Travel Time		Working Time		Job Completed?	

Engineer : ______________ Date Service : ______________ Sign.: ______________

User / Customer ______________	Customer / Eng ______________ (If applicable)	Stamp (If applicable)
Position ______________	Position ______________	
Date ______________	Date ______________	
Sign.	Sign.	

sysmex

3337 Prince Sultan Bin Abdul Aziz Street
Riyadh 12232 - 8052 KSA
Phone : 2065204 / Fax : 2065208

Customer Service Report

14187

TAMER

FAROUK, MAMOUN-TAMER & CO.
P.O. Box 388 Riyadh 11411, KSA

Installation		PPM		Demo / Training		In House Repair		Under Contact	Labor			
Warranty		ECR / Upgrade		Veterinary		Others			Parts & Labor		PPM No	Of
Emergency		Pack / Reinstall		Inspection					Reagent		Visit No.	Of

Customer ____________________ Date ____________

Contractor ____________________ Phone ____________

____________________ Fax ____________

Department ____________ Contact Person ____________ City ____________

Model ____________ Serial Number ____________ Cycle Counter ____________

Call Reason ____________________

Work Done ____________________

Further Action ____________________

Parts Replaced / Required	Part Number	Qty.	Source	Remarks

Additional Info ____________________

Call Started at		Travel Time		Working Time		Job Completed?	

Engineer : ____________ Date Service : ____________ Sign.: ____________

User / Customer ____________
Position ____________
Date ____________
Sign.

Customer / Eng ____________ (If applicable)
Position ____________
Date ____________
Sign.

Stamp
(If applicable)

0508732243 [illegible]

sysmex

G.Floor Bld # 5, Zone -A
Business Gate Complex Riyadh
Phone : 2065204 / Fax : 2065208

Customer Service Report

21020



FAROUK, MAMOUN-TAMER & CO.
PO Box 358, Riyadh 11411, KSA

Installation		PPM		Demo / Training		In House Repair		Under Contact	Labor			
Warranty		ECR / Upgrade		Veterinary		Others			Parts & Labor		PPM No.	Of
Emergency		Pack / Reinstal.		Inspection					Reagent		Visit No.	Of

Customer ______________________ Date ______________

Contractor ______________________ Phone ______________

______________________ Fax ______________

Department ______________ Contact Person ______________ City ______________

Model ______________ Serial Number ______________ Cycle Counter ______________

Call Reason ______________________

Work Done ______________________

Further Action ______________________

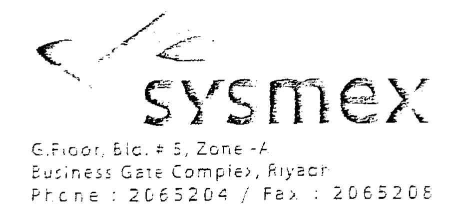
Parts Replaced / Required	Part Number	Qty	Source	Remarks

Additional Info ______________________

Call Started at		Travel Time		Working Time		Job Completed?	

Engineer : ______________ Date Service : ______________ Sign.: ______________

User / Customer ______________	Customer / Eng ______________ (If applicable)	Stamp (If applicable)
Position ______________	Position ______________	
Date ______________	Date ______________	
Sign	Sign	



Customer Service Report

21102

TAMER

G.Floor, Bld. # 5, Zone -A
Business Gate Complex, Riyadh
Phone : 2065204 / Fax : 2065208

FAROUK, MAMOUN-TAMER & CO
P.O. Box 336, Riyadh 11411, KSA

Installation		PPM		Demo / Training		In House Repair		Under Contact	Labor		
Warranty		ECP / Upgrade		Veterinary		Others			Parts & Labor	PPM No.	Of
Emergency		Pack / Reinstall		Inspection					Reagent	Visit No.	Of

Customer ______ Date ______

Contractor ______ Phone ______

______ Fax ______

Department ______ Contact Person ______ City ______

Model ______ Serial Number ______ Cycle Counter ______

Call Reason ______

Work Done ______

Further Action ______

Parts Replaced / Required	Part Number	Qty	Source	Remarks

Additional Info ______

Call Started at		Travel Time		Working Time		Job Completed?	

Engineer : ______ Date Service : ______ Sign.: ______

User / Customer ______ Customer / Eng ______ (If applicable) Stamp (If applicable)

Position ______ Position ______

المملكة العربية السعودية
وزارة الصحة
المديرية العامة للشئون الصحية بجازان
مستشفى الأمراض الصدرية بجازان



الرقم : ٣٨٨/٣٠٠٢
التاريخ : ١٦/١/١٤٢٧ هـ
المشفوعات : ....

سعادة مساعد المدير العام للإمداد بصحة جازان   سلمه الله

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

إشارة الى خطاب رئيس قسم المختبر بالمستشفى (مرفق) والذي يفيد كثرة تعطل أجهزة CBC وأيضاً قديمة جداً .

لذلك نرجوا من سعادتكم التكرم بتوجيه من يلزم لتأمين جهاز .

وتفضلوا بقبول فائق تحياتي وتقديري ..

مدير مستشفى الأمراض الصدرية بجازان

أ.أسامة بن محمد باجبير

ص. لرئيس قسم المختبر
ص. لمدير التموين الطبي
ص. للملف التموين الطبي

المملكة العربية السعودية
وزارة الصحة
المديرية العامة للشئون الصحية بجازان
مستشفى الأمراض الصدرية بجازان



الرقم : ....
التاريخ : ....
المشفوعات : ....

سعادة مدير مستشفى الأمراض الصدرية   المحترم

تحية طيبة   وبعد

بناء على المحضر المرفق لكم والذي يفيد بأن جهازي عد خلايا –

1- الدم sysmex kx-21

2- جهاز بيكمان كولترACT

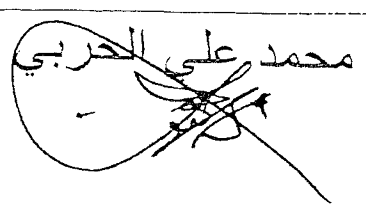
جهازان قديمان وكثيرا الأعطال مما سبب تأخير في عمل عينات المرضى وتسليم النتائج في وقتها المحدد ...

لذا نأمل من سعادتكم بعد التكرم بالإطلاع الإيعاز إلى من يلزم بطلب تأمين جهازين بديلين لعد خلايا الدم C.B.C

هذا ولكم مني جزيل الشكر

رئيس قسم المختبر

محمد علي الحربي



١٥٨٧
١٤٢٦/١١/١٥هـ

المملكة العربية السعودية
وزارة الصحة
المديرية العامة للشئون الصحية بجازان
مستشفى الأمراض الصدرية بجازان

وزارة الصحة
Ministry of Health

الرقم : ....
التاريخ : ....
المشفوعات : ....

محضر

سعادة مدير مستشفى الأمراض الصدرية المحترم

تحية طيبة وبعد

نفيدكم بأن جهازي عد خلايا الدم

sysmex kx-21-1

-2بيكمان كولترACT

جهازان قديمان وكثيرا الأعطال مما سبب تأخير في عمل عينات المرضى وتسليم النتائج في وقتها المحدد ...

لذا نأمل من سعادتكم بعد التكرم بالإطلاع الإيعاز إلى من يلزم بطلب تأمين جهازين بديلين لعد خلايا الدم C.B.C

هذا ولكم مني جزيل الشكر

رئيس فنيي المختبر	رئيس قسم المختبر
محمد علي جبران	محمد علي الحربي